

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

DESENVOLVIMENTO DA COMPETÊNCIA DE AUTOUIDADO DA
PESSOA COM OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL
NO MOMENTO DA ALTA DO INTERNAMENTO

DISSERTAÇÃO

Orientação:

Professora Doutora Célia Samarina Vilaça de Brito Santos

Co-orientação:

Mestre Maria Alice Correia de Brito

ANA MARIA RODRIGUES GOMES

PORTO | 2012

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Célia Santos pela orientação, apoio e disponibilidade e por compreender as minhas dificuldades.

À Mestre Alice Brito pela orientação, apoio e disponibilidade.

À Enfermeira Joana Tavares pela ajuda no preenchimento do formulário.

À Carla e à Teresa pela motivação e ajuda, que foi essencial.

À Dores Leite que sempre me motivou e ajudou.

À minha família, por toda a compreensão e apoio.

Aos meus amigos pela amizade e apoio, em especial à Márcia Moreira, à Cátia e Joana.

Aos doentes, que nos permitiram adquirir e aprofundar conhecimentos sobre a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

ABREVIATURAS/SIGLAS

OE - Ordem dos Enfermeiros.

et al. – e outros

NOC - Nursing Outcomes Classification

SPSS - Statistical Program for Social Science

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

ICN – Conselho Internacional de Enfermeiros

RNOA - Registered Nurses Association of Ontario

ÍNDICE DE CONTEÚDOS

INTRODUÇÃO	15
1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	19
1.1 - A Criação de uma Ostomia de Eliminação Intestinal.....	19
1.2 - Viver com uma Ostomia de Eliminação Intestinal	21
1.3 - Desenvolver a Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal	25
2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	33
2.1 - Justificação do Estudo	33
2.2 - Finalidade e Objetivos	34
2.3 - Questões de Investigação	35
2.4 - Desenho do Estudo	35
2.5 - Variáveis em Estudo	36
2.6 - Contexto e Participantes	37
2.6.1 – Caracterização da Amostra	38
2.7- Instrumento de Recolha de Dados	41
2.8 - Procedimento de Recolha de Dados	42
2.9 - Estratégia para Análise dos Dados	42
2.10 - Considerações Éticas	44
3 - APRESENTAÇÃO DOS DADOS	45
3.1 – Construção do Instrumento de Monitorização do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal	45
3.1.1 - Fidelidade e Validade do Instrumento	54
3.2 - Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal.....	56
3.3 - Associação entre as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e do Tratamento com os Vários Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal	61
4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	67

4.1 - Instrumento de Monitorização do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal	67
4.2 - Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal	68
4.3 - Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e do Tratamento que Interferem com os Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal.....	71
5 - CONCLUSÃO	77
6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	87
Anexo I – Artigo teórico: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal	89
Anexo II - Escala Mini-Mental State Examination.....	101
Anexo III - Formulário: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal	107
Anexo IV - Autorização Institucional para a realização do estudo	115
Anexo V - Carta explicativa do estudo.....	123
Anexo VI - Consentimento informado.....	127
Anexo VII - Manual de preenchimento do formulário.....	131
Anexo VIII - Artigo: Processo de construção do instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada	151

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Distribuição da amostra segundo as variáveis: género, estado civil e habilitações literárias.	38
TABELA 2: Distribuição da amostra segundo as variáveis: idade e anos de escolaridade.....	39
TABELA 3: Distribuição da amostra segundo a variável: situação profissional	39
TABELA 4: Distribuição da amostra segundo a variável: profissão.	39
TABELA 5: Distribuição da amostra segundo a variável: prestador de cuidados informal.....	40
TABELA 6: Distribuição da amostra segundo a variável: diagnóstico clínico associado à cirurgia.	40
TABELA 7: Distribuição da amostra segundo as variáveis: contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia, o ter participado em consulta de enfermagem de estomaterapia no pré operatório e ter sido realizada marcação do local de construção da ostomia.	41
TABELA 8: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio conhecimento.	56
TABELA 9: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio auto-vigilância.	57
TABELA 10: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio interpretação.	58
TABELA 11: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio tomada de decisão.	58
TABELA 12: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio execução.	59
TABELA 13: Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio negociação e utilização de recursos de saúde.	60

TABELA 14: Correlação de Spearman entre a idade e anos de escolaridade e os domínios da competência de autocuidado à ostomia	61
TABELA 15: Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o estado civil.....	62
TABELA 16: Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o tipo de ostomia.....	62
TABELA 17: Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e a participação na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório	63
TABELA 18: Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e a marcação do local de construção da ostomia	64
TABELA 19: Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia.....	64

ÍNDICE DE QUADROS

QUADRO I: Domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal	48
QUADRO II: – Coeficiente de <i>alfa de Cronbach</i> dos diferentes domínios do instrumento global	54

RESUMO

A pessoa submetida a cirurgia que implique a criação de uma ostomia de eliminação intestinal, sofre uma alteração no seu estado de saúde. Para a adaptação à nova condição, a pessoa necessita de desenvolver competência de autocuidado à ostomia, para a qual o enfermeiro é essencial no processo de ensino/aprendizagem, promovendo a autonomia.

A monitorização sistematizada do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, permite ao enfermeiro identificar necessidades individuais e adequar as terapêuticas de enfermagem, com o intuito de maximizar a capacidade da pessoa ostomizada para o autocuidado.

O estudo desenvolveu-se em duas fases, tendo como objetivos, na primeira fase construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e na segunda fase descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento.

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo descritivo, transversal e metodológico; baseado numa amostra de conveniência, constituída por 50 pessoas com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta. O resultado do α de *Cronbach* do instrumento é de 0,93, valor considerado bom. De acordo com os resultados obtidos no nosso estudo, concluímos que aquisição da competência por parte da pessoa ostomizada não se verificou ao mesmo nível nos vários domínios em análise. Os resultados demonstram que até ao momento da alta do internamento, a pessoa, relativamente à **Execução** demonstra competência em todos os indicadores. No domínio do **Conhecimento** demonstra competência de autocuidado apenas em alguns indicadores, cujos valores variam entre os 80% e os 96% e no domínio da **Auto-vigilância** os valores variam entre 96% e 98%. Em relação à **Interpretação e Tomada de decisão** a pessoa não demonstra a totalidade da competência em nenhum indicador. Quanto à **Negociação e Utilização dos Recursos de Saúde** a pessoa não demonstra competência.

No essencial verificamos que, no momento da alta do internamento, a pessoa ainda apresenta necessidades educativas relativamente ao cuidado à ostomia, pelo que se torna fundamental a continuidade do processo educativo na comunidade.

Palavras - chave: ostomia de eliminação intestinal, instrumento de avaliação, competência de autocuidado.

ABSTRACT

One submitted to surgery involving the creation of an ostomy for bowel elimination, suffers a change in your health. To adapt to the new condition, the person needs to develop the competence of ostomy self-care, for which the nurse is essential in the teaching / learning, promoting autonomy.

The systematic monitoring of the development of self-care skills of the person with an ostomy for bowel elimination, allows nurses to identify individual needs and adjust the therapeutic nursing in order to maximize the person's capacity for self care with a stoma.

The study was developed in two phases, with the goals in the first stage to build an instrument for monitoring the development of self-care skills of the person with an ostomy for bowel movements and second stage to describe the power of self-care of the person with an ostomy for bowel elimination at the time of discharge from hospital.

This is a quantitative, descriptive, transversal and methodological based on a convenience sample consisting of 50 persons with an ostomy for intestinal elimination at discharge. The result of Cronbach's α of the instrument is 0.93, which is considered good. According to the results obtained in our study, we conclude that acquisition of the **ability** of the person with a stoma not observed at the same level in various areas of concern. The results show that by the time of discharge from hospital, the person in respect of the implementation demonstrates competence in all indicators. In the field of **Knowledge** demonstrates competence self-care in just a few indicators whose values vary between 80% and 96% and in the field of **self-monitoring** values vary between 96% and 98%. Regarding the **interpretation and decision** making the person does not show all the skills in any indicator. As for **Trading and Use of Health Resources** person does not demonstrate competence.

Essentially we found that at the time of discharge from hospital, the person still has educational needs relating to ostomy care, and it is therefore essential to continue the educational process in the community.

Key - words: ostomy for intestinal elimination, assessment instrument, self-care skills.

INTRODUÇÃO

As patologias do trato gastrointestinal, nomeadamente as doenças inflamatórias do intestino e doença oncológica são frequentemente tratadas através de cirurgia, da qual pode resultar a necessidade de criação de uma ostomia de eliminação intestinal, que pode ser temporária ou definitiva.

Independentemente da doença que originou a criação da ostomia, cuidar de pessoas ostomizadas exige compreendê-las, pois há evidência de alterações em várias dimensões (física, psicológica, afetiva e social), quanto à nova condição. A pessoa submetida a cirurgia com criação de uma ostomia de eliminação intestinal sofre uma alteração no seu estado de saúde, o que implica a necessidade da adoção de estratégias de adaptação. Para se adaptar à nova condição de vida, a pessoa ostomizada, vivência um processo de transição do tipo saúde/doença. Neste processo de transição, a pessoa necessita de ações terapêuticas de enfermagem no âmbito do ensino/aprendizagem no autocuidado à ostomia que lhe permitam integrar a mudança no seu dia-a-dia e assim encontrar um novo ponto de equilíbrio.

Neste contexto, a pessoa ostomizada tem de adquirir competência de autocuidado à ostomia, que lhe permita adaptar-se à nova situação. A competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser entendida como a capacidade da pessoa mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Assim é da competência do enfermeiro, ajudar a pessoa ostomizada a desenvolver essa competência de autocuidado, através de um processo de ensino/aprendizagem, que deve ser iniciado o mais precocemente possível. A educação à pessoa ostomizada deve ser sistematizada e focalizada na pessoa, de modo a permitir o desenvolvimento da competência de autocuidado que leva à autonomia, permitindo a recuperação da independência e da confiança. É a sistematização, a continuidade e a uniformização das ações terapêuticas de enfermagem que tornam o processo de ensino/aprendizagem eficaz, pelo que a existência de instrumentos de avaliação nesta área são de enorme importância.

Dada a escassez de investigação neste domínio, com consequente inexistência de procedimentos de avaliação, torna-se importante monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, ao longo de todo o seu processo adaptativo, assim como avaliar as necessidades

educativas individuais de cada pessoa ostomizada e a partir daí adequar as ações terapêuticas de enfermagem de acordo com as necessidades detetadas.

O desenvolvimento de modelos de observação e a organização da documentação referente ao processo de aquisição da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, permite ao enfermeiro reconhecer precocemente as necessidades específicas. Esta documentação concorre para a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada, promove as boas práticas de enfermagem e contribuiu para a continuidade de cuidados.

Esta realidade determina a necessidade de criação de instrumentos de monitorização que permitam avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, o que suscitou interesse para o desenvolvimento de um estudo no âmbito do mestrado em enfermagem médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, cujo tema é Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal no Momento da Alta do Internamento. Desta forma e tendo como finalidade a melhoria da qualidade dos cuidados à pessoa ostomizada, foram definidos para este estudo os seguintes objetivos:

- Construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal;
- Descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em contexto hospitalar, no momento da alta do internamento.

Tendo em conta os objetivos definidos, o estudo desenvolveu-se em duas fases: na primeira construímos o instrumento (formulário) de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal; a segunda centrou-se na aplicação do referido instrumento através da recolha de dados, o que permitiu descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em contexto hospitalar, no momento da alta do internamento.

O estudo desenvolvido é do tipo descritivo e transversal, seguindo o paradigma quantitativo, envolvendo ainda uma componente de investigação metodológica (a criação de um instrumento).

Assim, em conjunto com mais duas colegas a frequentar o mestrado, na Escola Superior de Enfermagem do Porto, desenvolvemos três estudos com pessoas que no âmbito do seu tratamento ficaram com uma ostomia de eliminação intestinal. Os estudos pretendiam conhecer esta realidade no pré-operatório, no momento da alta

do internamento e na comunidade. Cada um dos estudos foi efetuado com pessoas que não pertenciam à mesma amostra.

Neste estudo a recolha de dados foi efetuada com pessoas ostomizadas, num serviço de cirurgia, no período entre Março/11 e Julho/11 no momento da alta do internamento.

Em termos organizativos esta dissertação, encontra-se dividida em quatro capítulos fundamentais. No primeiro, fazemos uma abordagem do enquadramento teórico, neste abordamos a criação de uma ostomia de eliminação intestinal, o viver com uma ostomia de eliminação intestinal e a importância de desenvolver a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. No segundo capítulo, abordamos o enquadramento metodológico da investigação, fazendo referência à justificação do estudo, à finalidade e aos objetivos, às questões de investigação, ao desenho do estudo, às variáveis em estudo, ao contexto e participantes da amostra, ao instrumento de recolha de dados, procedimento de recolha de dados, estratégia para análise dos dados e por fim as considerações éticas. No terceiro capítulo, iniciamos com descrição do processo de construção do instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, seguindo-se a apresentação dos resultados obtidos com recurso à análise estatística. No quarto capítulo, apresentamos a discussão dos resultados, ao qual se seguem as conclusões do estudo bem como algumas sugestões de continuidade de investigação nesta área.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Neste capítulo, são apresentados os resultados da revisão da literatura sobre a temática em estudo. Nele fizemos uma síntese das ideias, conceitos e resultados mais relevantes da investigação que nos permitiram sustentar a problemática desta investigação. A estrutura apresentada surge de uma ligação dos conteúdos consultados, considerando que o objeto do estudo é o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento. Assim será feita uma pequena abordagem sobre a doença oncológica e as doenças inflamatórias do intestino cujo tratamento cirúrgico pode originar a criação de uma ostomia de eliminação intestinal. Posteriormente, é feita uma síntese do processo de viver com uma ostomia de eliminação intestinal à luz da teoria das transições de Meleis e, por fim, faz-se referência à importância de desenvolver a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, para o seu processo de reabilitação.

1.1- A Criação de uma Ostomia de Eliminação Intestinal

A criação de uma ostomia de eliminação intestinal resulta, quase sempre, do tratamento cirúrgico da doença oncológica do cólon e reto bem como doenças inflamatórias do intestino.

A doença oncológica é responsável por taxas de morbilidade e mortalidade relevantes apresentando-se como um problema de saúde pública. Estima-se que, em 2020, cerca de 30 milhões de pessoas sejam portadoras de cancro, sendo o cancro do cólon e reto considerados o quarto tipo de cancro mais comum no mundo e o segundo nos países desenvolvidos (Cascais, Martine e Almeida, 2007). A nível mundial estima-se que cerca de um milhão de pessoas com cancro colo-retal sejam submetidos anualmente a cirurgia com construção de uma ostomia de eliminação intestinal (Simmons et al., 2007).

Embora os avanços da medicina, tenham contribuído para a descoberta de formas de tratamento mais eficazes das doenças oncológicas, o cancro continua a ser uma doença mais temida do nosso tempo. De acordo com Matos e Pereira

(2005), cancro é provavelmente a patologia mais temida do mundo moderno. Mesmo quando é potencialmente curável o cancro causa na pessoa sentimentos de angústia e desespero. A sua ambiguidade revela-se em todos os aspetos da vida da pessoa, quer devido à incerteza da cura, quer pelo sofrimento físico e psicológico que advém da possibilidade de morte. Envolve assim uma série de ameaças e dificuldades a serem enfrentadas no decurso da doença e do seu tratamento. Se ao diagnóstico de cancro for associado a necessidade, para o seu tratamento, de construção de uma ostomia de eliminação intestinal, este facto causa um impate duplo na pessoa, o cancro e a ostomia (Cascais, Martine e Almeida, 2007). A criação de uma ostomia é considerada uma cirurgia mutilante, provocando profundas alterações a nível da autoimagem e por consequência do autoconceito da pessoa.

Como já referimos, a doença oncológica por si só constitui um agente de stress, que exige a adoção de estratégias de coping nas diferentes etapas de tratamento e se este envolve a criação de uma ostomia, este processo pode ser mais difícil de gerir.

A adoção de estratégias de coping eficazes pode contribuir para reduzir o stress, sendo certo que a forma como cada pessoa se adapta, depende da resposta individual e do apoio dos profissionais de saúde.

Há também algumas patologias do sistema gastrointestinal, nomeadamente as doenças inflamatórias do intestino (doença de crohn, polipose adenomatosa familiar), traumatismo colo-retal, incontinência fecal que, no âmbito do seu tratamento, resultam em grande maioria na realização de cirurgia com criação de ostomia de eliminação intestinal sendo que esta, pode ser temporária ou definitiva.

Neste sentido, algumas pessoas com doenças de longa duração, como a doença de crohn e polipose adenomatosa familiar ou incontinência fecal podem viver com a possibilidade de uma ostomia para resolução do seu problema de saúde, pelo que, para estes a criação de uma ostomia pode constituir uma solução bem aceite, uma vez que vai melhorar a sua qualidade de vida. Relativamente à doença oncológica, a pessoa direciona a sua atenção para o tratamento do tumor e sua evolução, acabando por ver a ostomia como uma causa inevitável neste procedimento. No entanto a criação de uma ostomia, independentemente da sua origem, é sempre sentida como uma agressão violenta à identidade do indivíduo, à sua autoestima e à sua imagem corporal. Também Serrano e Pires (2005), concordam com esta afirmação, designando a situação como mutilante e traumatizante para a pessoa. Podemos concluir, a partir da opinião destes autores, que a criação de uma ostomia pode ser mais difícil de aceitar do que a própria doença, no entanto, há pessoas que a vêem como causa inevitável para a cura.

A complexidade das dimensões que abrangem a condição de saúde da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, não se resolve apenas com a cirurgia a que a pessoa vai ser submetida, implica um processo de mudança pessoal, de integração e aceitação da nova condição, que só evolui pelo processo de aquisição de conhecimentos e habilidades para lidar com a nova condição. Neste âmbito os enfermeiros, através de ações terapêuticas de enfermagem adequadas a cada situação podem tornar mais fácil a vivência desta alteração, sendo promotores da adaptação e integração da nova condição de saúde, sendo que: “a missão dos que cuidam é a de estender ou agarrar a mão com a intenção de tentar ajudar alguém a encontrar ou a recuperar o equilíbrio do ser ao longo do seu caminho”. (Hesbeen, 2003, p. 24).

1.2 - Viver com uma Ostomia de Eliminação Intestinal

A pessoa encontra-se em permanente interação com o meio que o rodeia e devido à doença ou outros fatores de vulnerabilidade, pode entrar em desequilíbrio (Meleis, 2000). O desequilíbrio pode traduzir-se numa limitação das atividades de vida, aumento de dependência e diminuição da capacidade de se autocuidar (Abreu, 2011).

Segundo Black (2010), a formação de um estoma pode afetar a pessoa, não só física como psicologicamente. A perda, na totalidade do corpo, pode provocar uma sensação de alienação e uma alteração na imagem corporal, quer a nível da função, quer a nível da sensação. Ainda segundo o mesmo autor a pessoa ostomizada sente-se limitada, temendo a fuga de fezes e odores em lugares públicos. Esta sensação pode levar à não participação nas atividades do quotidiano, desenvolvendo frequentemente sentimentos de raiva e vergonha conduzindo a situações de isolamento social. Ainda segundo Sonobe (2002), a presença de uma ostomia provoca uma alteração da imagem corporal e o seu impate leva a diversas reações, dependendo das características individuais, e da percepção da perda vivida pela própria pessoa.

É frequente que ao olhar pela primeira vez para a ostomia, a pessoa apresente expressão facial de repugnância, no entanto é neste momento que a pessoa se confronta com a nova realidade permitindo-lhe iniciar a adaptação à nova situação.

A criação de uma ostomia provoca uma alteração na função que advém da falta de controlo intestinal, resultante da saída de fezes e gases de forma espontânea e imprevista. Por outro lado, ao nível da sensação, a pessoa ostomizada sente o corpo de forma diferente o que se reflete na sexualidade e nas

relações sociais, surgindo frequentemente sentimentos de medo e rejeição social, com alteração na autoconfiança (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010). A vivência da presença de uma ostomia depende de um sistema complexo que inclui a biografia da pessoa, as crenças e valores, cujo significado é construído ao longo das experiências de vida.

A experiência de ostomizado vai modificar-se com o decorrer do tempo e dependendo da evolução da doença e das formas de adaptação, o ostomizado vai desenvolver estratégias de coping, com as quais passa a lidar para dar resposta aos problemas e às modificações quotidianas decorrentes da ostomia. Para isso, a pessoa precisa de um tempo para refletir, e adaptar-se à nova condição. Este tempo pode levar dias, semanas ou meses (Sonobe, 2002). Será com o decorrer do tempo que a pessoa ostomizada se vai consciencializando da mudança na aparência física, na função e na sensação corporal (Thorpe, McArthur e Richardson, 2009). Contudo a existência de programas de atendimento ao ostomizado, oferecidos pelo serviço público, contribui muito na adaptação, pela troca de experiências entre pessoas ostomizadas, favorecendo a aprendizagem nos cuidados à ostomia e a recuperação da autoestima (Sonobe, 2002).

As capacidades desenvolvidas para a pessoa gerir situações de stress e adaptação, são denominadas de estratégias de coping. Segundo Lazarus e Folkman (1984), coping é o conjunto dos esforços cognitivos e comportamentais destinados a dominar, reduzir ou tolerar as exigências internas ou externas que ameaçam ou ultrapassam os recursos de um indivíduo. No que se refere às funções de coping, estas são classificadas em dois tipos: coping centrado no problema e coping centrado na emoção. O coping centrado no problema refere-se às ações delineadas para a resolução do problema e o coping centrado nas emoções tem como função controlar o impate emocional causado pelo problema/stressor com o qual a pessoa está a tentar enfrentar. De facto as estratégias de coping focadas no problema podem facilitar o coping focado nas emoções e vice-versa. Por exemplo um estado de grande perturbação emocional, poderá bloquear atitudes para a resolução do problema. Por outro lado o coping focado no problema poderá levar a uma reavaliação da condição, dando-lhe um sentido menos assustador e deste modo, facilitar o ajuste emocional (Lazarus e Folkman, 1984). Assim diferentes estratégias de coping podem ser utilizadas conjuntamente para lidar com a situação que motivou o stress. O processo de coping ajuda a pessoa a enfrentar a realidade, funcionando como intermediário na resposta emocional à situação de stress. Também o ICN (2006), descreve coping como:

“Disposição para gerir o stress que desafia os recursos que cada indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotetores que o defendem contra ameaças, percebidas como ameaçadoras de auto-estima positiva; acompanhada por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação, aumentando o conforto psicológico” (ICN, 2006, p.80).

Tendo em conta que a criação de uma ostomia gera uma situação de stress na pessoa, independentemente da sua capacidade de lidar com a nova condição, é sempre necessária a adoção de estratégias para fazer face à mudança. O modo como cada pessoa se adapta está relacionado com a resposta individual de cada um, sendo certo que através das ações terapêuticas de enfermagem é possível ajudar a pessoa a ultrapassar este processo de adaptação na procura de novo ponto de equilíbrio.

A presença de uma ostomia de eliminação intestinal resulta para a pessoa na vivência de um processo de transição saúde/doença. É pela vivência da transição que a pessoa vai alterar o seu comportamento, adaptando-se às mudanças, na procura do equilíbrio, atingindo assim o bem-estar. Transição requer da pessoa capacidades para incorporar novos conhecimentos e alterar comportamentos, sendo as transições um processo de mudança que implica adaptação. A transição remete para uma mudança significativa na condição de saúde, através da alteração de processos, papéis ou de estados, como resultado de estímulos e de novos conhecimentos, o que poderá ter como consequência a mudança de comportamentos e uma outra definição de si no contexto social (Meleis, 2000).

No processo de transição saúde/doença experienciado pela pessoa ostomizada, a fase de consciencialização acerca das implicações na sua vida decorrentes da presença de uma ostomia de eliminação intestinal é essencial, existindo uma relação direta entre a consciencialização e a adaptação psicossocial/qualidade de vida da pessoa ostomizada. A consciência está relacionada com a perceção, conhecimento e reconhecimento de uma experiência de transição. A consciencialização é uma característica essencial da transição, pois para estar em transição, a pessoa deve ter alguma consciência das mudanças em curso (Meleis, 2000).

Uma vez ultrapassada esta fase inicial da consciencialização com sucesso, a fase de adaptação à ostomia torna-se mais fácil, induzindo na pessoa um maior envolvimento no seu processo de reabilitação. O envolvimento é definido como o grau de empenho no processo de transição que a pessoa demonstra (Meleis, 2000). Este envolvimento revela-se na forma como a pessoa procura resolver os problemas decorrentes da presença de uma ostomia, durante o seu processo de reabilitação física, psicológica, social, ajudando-o a adaptar-se à nova condição. Assim, neste contexto a consciencialização e o envolvimento são domínios

interligados, uma vez que, quanto maior o nível consciencialização, maior é o envolvimento da pessoa ostomizada no seu processo de reabilitação.

As mudanças impostas pela presença da ostomia, determinam alterações marcantes na vida quotidiana, exigindo um processo de incorporação da mudança na definição de si enquanto pessoa, num processo de adaptação (Popek et al, 2010). As transições são resultados de mudança e resultam em mudança. Para compreender um processo de transição é necessário descobrir e descrever os efeitos e significados das mudanças envolvidas (Meleis, 2000). As transições caracterizam-se por um movimento ao longo do tempo. A duração do processo de transição tem um início e um fim distinto e identificável, estendendo-se desde os primeiros sinais, através de um período de instabilidade, até um fim com um novo início ou períodos de estabilidade. Apesar de um fim distinto e identificável o processo de transição, pode ser desencadeado pela ocorrência de um evento crítico ou pontos críticos de viragem, que impõem uma nova adaptação às mudanças ocorridas. Os pontos críticos estiveram muitas vezes associados a uma crescente consciência da mudança e um envolvimento mais ativo ao lidar com a experiência de transição (Meleis, 2000). A pessoa com ostomia de eliminação intestinal é presumível que não permanecerá indefinidamente em transição, sendo esperado um ponto de chegada, demarcado pelo desenvolvimento da autonomia no domínio do autocuidado à ostomia.

Uma transição saudável caracteriza-se por padrões de resposta que abrangem indicadores de processo e de resultado. Os indicadores de processo guiam as pessoas no processo de transição, enquanto os indicadores de resultado constituem o domínio da nova competência necessária para lidar com a transição e o desenvolvimento de uma identidade fluida e integradora (Meleis, 2000). A superação da transição é determinada pela extensão com que as pessoas demonstram o domínio da nova competência, das habilidades e dos comportamentos. O domínio da nova competência é improvável ser atingido muito cedo durante uma experiência de transição. Porém, com o tempo, a pessoa vai experimentando um novo sentido de estabilidade próximo da superação da transição. O nível de domínio da nova competência indicará até que ponto estão atingidos resultados saudáveis na transição (Meleis, 2000). O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia possibilita uma gestão dos cuidados necessários à mesma, ajudando a pessoa a recuperar a sua estabilidade e o bem-estar, conforme o seu projeto de saúde individual. Este domínio só é adquirido pela pessoa, através das ações terapêuticas de enfermagem na área do ensino/aprendizagem de habilidades e ainda da disposição dos enfermeiros para escutar/entender ideias, crenças e valores da pessoa, desmistificando conceitos

pré-concebidos e desta forma promovendo a aceitação da nova condição. Uma conclusão saudável de uma transição é determinada pelo nível de domínio demonstrado da competência e comportamentos necessários para lidar com as novas situações. Ao longo do processo de transição, a pessoa ostomizada vai vivendo experiências capazes de potencializar a sua reabilitação física e psicológica, ajudando a enfrentar a ostomia, não como uma limitação, mas antes como uma pertença de si (Erwing-toth, 2006). As experiências de transição têm sido caracterizadas como o resultado da reformulação da identidade da pessoa (Meleis, 2000).

É desejável que o resultado do processo de transição vivenciado pela pessoa com ostomia eliminação intestinal se transforme num estado de bem-estar, conceito central para a pessoa viver de forma saudável.

1.3 - Desenvolver a Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal

A pessoa submetida a cirurgia da qual resultou a criação de uma ostomia de eliminação intestinal enfrenta uma alteração na imagem corporal e por consequência no autoconceito, às quais necessita de se adaptar. Para enfrentar estas alterações, necessita de aprender novas formas de cuidar do seu corpo, assim como empreender as mudanças no seu estilo de vida. Neste contexto, a presença de uma ostomia de eliminação intestinal requer da pessoa a aquisição de conhecimentos, de habilidades e de atitudes, que são elementos essenciais para o desenvolvimento da competência de autocuidado.

Assim, a definição de competência tem por base três elementos, que embora independentes, se inter-relacionam: o conhecimento, a habilidade e a atitude (Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destes aspetos ao contexto. A competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser entendida como a capacidade da pessoa mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001).

Segundo McEwen e Wills, (2007) o autocuidado define-se como a função reguladora humana, que é uma ação deliberada para garantir ou suprir, as necessidades para continuar a vida, o crescimento e o desenvolvimento, assegurando a manutenção da integridade humana. Também Tomey e Alligood,

(2003) definem autocuidado como a habilidade adquirida ao longo do desenvolvimento da pessoa, que lhe permite satisfazer as suas necessidades e continuar a deliberar ações destinadas a regular o seu funcionamento e desenvolvimento. No contexto da pessoa ostomizada, o autocuidado pode ser entendido como a capacidade da pessoa aplicar na prática a competência inerente à gestão dos cuidados à ostomia.

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal implica um processo de ensino/aprendizagem. A aprendizagem pode ser entendida como uma mudança de comportamento. Os enfermeiros, educadores por excelência, no desenvolvimento das suas práticas, descrevem a aprendizagem como um: *“processo de adquirir conhecimentos ou competência por meio de estudo sistemático, instrução, prática, treino ou experiência”* (ICN, 2006, p.84). A aprendizagem subdivide-se em **aprendizagem cognitiva**, que se define por: *“aquisição de capacidades de resolução de problemas, associada à inteligência e ao pensamento consciente”* (ICN, 2006, p.85) e em **aprendizagem de capacidades** definida como: *“aquisição do domínio de atividades práticas associada a treino, prática e exercício”* (ICN, 2006, p. 85).

Nos doentes ostomizados, a aprendizagem ocorre quando eles realizam as habilidades necessárias para a gestão da ostomia e aplicam este novo conhecimento e atitude na vida diária (Shea, 2001). As necessidades educativas variam de pessoa para pessoa, devendo ser adequadas às necessidades individuais. Ensinar a pessoa com ostomia de eliminação intestinal, é um processo complexo que exige planeamento e avaliação cuidadosa dos saberes adquiridos, até porque a aprendizagem deve ocorrer em todos os domínios (cognitivo, afetivo e psicomotor). A aprendizagem cognitiva requer a compreensão do concreto e do abstrato. Esta aprendizagem, embora seja equacionada com a alfabetização, ela pode ocorrer na ausência de saber ler e escrever. Esta realidade é importante e deve ter-se em conta quando temos uma pessoa com ostomia com limitações de literacia. A capacidade de ler e escrever implica a capacidade de compreender informações escritas e explicações verbais, utilizadas pelo enfermeiro aquando do ensino à pessoa ostomizada (Shea, 2001). Assim, o ensino deve ser adequado ao grau de literacia de cada pessoa ostomizada. A aprendizagem afetiva está relacionada com atitudes, sentimentos e valores. Esta significa a tomada de consciência por parte da pessoa, da presença da ostomia e a forma como interioriza esta mudança. O reconhecimento por parte da pessoa, de que a criação de uma ostomia de eliminação intestinal é a alternativa possível a uma situação de saúde grave, ajuda na aceitação e no planeamento pró-ativo para o retorno à vida quotidiana, promovendo a alteração de comportamentos. Esta aprendizagem é

mais difícil do que a aprendizagem cognitiva e exige dos enfermeiros ações terapêuticas dirigidas para a aceitação do estado de saúde, tendo em conta as crenças e valores de cada pessoa, sendo certo que pode ser um processo mais lento. A aprendizagem psicomotora requer o domínio das funções psíquicas/motoras da pessoa, para realizar a tarefa. A capacidade para realizar uma habilidade, exige da pessoa ostomizada uma representação mental de como a habilidade é executada, assim como a capacidade motora para realizar essa habilidade (Shea, 2001). Esta aprendizagem só se pode considerar completa quando a pessoa atinge um nível de adaptação que lhe permite reconhecer alterações no funcionamento da sua ostomia e apresentar capacidades para alterar temporariamente procedimentos, se necessário. Deverá ser capaz de dar resposta a uma nova situação, por exemplo, alteração do tipo de dispositivo e/ou identificar precocemente complicações na pele peri-ostomia.

O enfermeiro, tendo em conta todos estes processos pessoais de aprendizagem, deve usar várias estratégias de ensino orientadas e individuais, efetuando uma avaliação constante da apreensão e aceitação de novos conhecimentos e habilidades, pois será através da aplicação de princípios bem definidos de ensino, que a aprendizagem se torna um processo efetivo. Segundo Brown e Randle (2005) o enfermeiro e a pessoa ostomizada devem desenvolver um plano de cuidados, com objetivos atingíveis. Este pode ser ajustado atendendo sempre às necessidades da pessoa, permitindo assim atingir o máximo de autonomia no cuidado à ostomia.

O tempo de internamento limitado e a necessidade de ensinar uma população cada vez mais diversificada, coloca aos enfermeiros novos desafios para um ensino eficaz a esta população (Shea, 2001). Com base em estudos descritos pela RNOA (2009), não é possível determinar a influência da idade avançada, como fator de risco sobre a capacidade da pessoa para a gestão dos cuidados à ostomia de eliminação intestinal, contudo a associação de fatores relacionados com o avançar da idade, como a diminuição da percepção sensorial, alteração na função cognitiva e diminuição das capacidades motoras finas, são variáveis importantes a ter em conta no processo de ensino.

Segundo O'Connor (2005) o ensino de habilidades de gestão à ostomia deverá ser preocupação fundamental do enfermeiro. Também para Colwell (2007) ensinar a fazer é essencial, mesmo que o ensino seja focalizado na realização de tarefas simples de manuseamento, tais como esvaziar ou trocar o dispositivo.

O enfermeiro, através das ações terapêuticas de enfermagem, tem por objetivo habilitar a pessoa ostomizada para a melhor maneira de agir sobre si mesma,

ajudando-a a atingir os seus próprios objetivos, promovendo o autocuidado à ostomia e o melhor estado de saúde possível, baseados na perspectiva de que:

“Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue, procura-se ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades de vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores – frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente” (OE, 2011,p. 92-93).

Segundo Abreu (2011) a prática de Enfermagem mobiliza saberes, teorias, modelos de ação e evidências de investigação, oriundas do contexto profissional ou de disciplinas adjacentes. O campo de intervenção é imenso quanto à diversidade das atividades de vida e às necessidades das pessoas, exigindo para a sua execução, o desenvolvimento da competência de ordem cognitiva, afetiva, motora e relacional. Na área do desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia é fulcral o cuidado de enfermagem no processo de reabilitação da pessoa ostomizada, permitindo maximizar a sua independência.

“Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro maximiza o bem-estar dos clientes e suplementa/complementa as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente. A identificação rápida quanto possível, dos problemas do cliente, relativamente aos quais o enfermeiro tem conhecimento e está preparado para prescrever, implementar e avaliar intervenções que contribuam para aumentar as atividades de vida relativamente às quais o cliente é dependente” (OE, 2011, p. 92-93).

Atendendo a que a criação de uma ostomia de eliminação intestinal é para a pessoa motivo de ansiedade e medo, causando com frequência sofrimento psicológico, principalmente quando esta situação é previsível no decorrer do tratamento cirúrgico. Consideramos de grande importância a informação prévia sobre o funcionamento e cuidados à ostomia de eliminação intestinal, como forma de aliviar a angústia gerada por esta situação.

Para Vujnovich (2008), será necessário fornecer informações específicas às pessoas no pré-operatório, quanto à prática de gestão da ostomia de eliminação intestinal e prepará-las psicologicamente para enfrentar a ostomia. As informações fornecidas na fase pré-operatória permitem que as pessoas tomem decisões informadas sobre o seu tratamento (Davenport, 2003), pelo que a avaliação pré-operatória e o ensino da pessoa que está prestes a ser submetido a cirurgia com criação de uma ostomia de eliminação intestinal são essenciais. Na fase pré-operatória, os cuidados de enfermagem devem incidir sobre a preparação psicológica da pessoa (Porrett, 2005), dado que a maioria das pessoas apresentam um sofrimento psicológico significativo, quando ficam a saber que necessitam de uma ostomia (White, 1998) e isso deve-se ao facto de terem ideias pré-concebidas em relação ao que é uma ostomia e à forma como ela afetará a sua vida. Estas

ideias são geradoras de ansiedade, dado que maioritariamente se baseiam em informações obtidas do senso comum. É por isso muito importante o investimento da equipe de saúde na transmissão da informação correta e verdadeira, sobre a criação da ostomia de eliminação intestinal. Devem ser envolvidos todos os profissionais (médicos, enfermeiros, estomaterapeutas, psicólogos) permitindo que a pessoa seja esclarecida e se prepare para a alteração que vai ocorrer na sua vida.

Segundo a RNAO, a evidência científica mostra que o ensino pré-operatório à pessoa que irá ser sujeita à criação de ostomia promove a aquisição de habilidades a curto prazo, e sugerem que este benefício tem um efeito positivo sobre a adaptação à ostomia a longo prazo. Também Colwell (2007), com base num estudo que avaliou a eficácia do ensino pré-operatório à pessoa com ostomia, concluiu que existe uma evidência limitada, contudo sugere que o ensino pré-operatório feito por uma enfermeira estomaterapeuta melhora a qualidade de vida, a aquisição de habilidades no autocuidado à ostomia durante o período pós-operatório imediato e contribui para uma melhor adaptação à ostomia a longo prazo.

Nesta perspetiva, a aquisição da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, na fase pré-operatória torna-se pertinente, daí a importância da consulta de enfermagem nesta fase. A consulta de enfermagem, tem como objetivo possibilitar à pessoa uma melhor aceitação da ostomia e do seu tratamento, orientando-a sobre o procedimento a ser realizado, estimulando o autocuidado e prevenindo complicações da ostomia (Mendonça, 2007). O aconselhamento pré-operatório pode permitir que a pessoa explore e expresse a ansiedade, preocupações ou dúvidas que tenha a respeito da ostomia, assim como quaisquer problemas, medos e equívocos podem dissipar-se com informações precisas e desmistificadoras, facilitando o processo de aceitação.

No pós-operatório, o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal deve ser iniciado o mais precocemente possível, trazendo benefícios a longo prazo. Segundo Bekkers e colaboradores (1996), as pessoas têm menos problemas psicossociais no primeiro ano do pós-operatório, quando adquirem a competência de autocuidado na gestão da ostomia logo após a cirurgia. Portanto, é importante que os enfermeiros encorajem e apoiem as pessoas na conquista da independência rapidamente após a cirurgia.

Worster e Holmes (2008), referem que caso a pessoa não seja independente no autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, não possuirá capacidade psicológica que lhe sustente a incorporação da nova identidade. Também de acordo com a RNAO (2009), entre o período pós-operatório imediato e a alta do internamento é aceitável que a pessoa com ostomia, aprenda como e quando deve

esvaziar o saco, como deve remover e aplicar a placa e o saco, os cuidados com a pele peri-ostomia e complicações da ostomia, bem como os efeitos da dieta. No entanto, na Conferência Ostomy and Continence Nurses (2007) chegou-se a consenso, em resposta às circunstâncias atuais na saúde, que a pessoa com ostomia no pós-operatório deve ter no mínimo, a capacidade de manipular a torneira da bolsa (se presente) e esvaziar/trocar o saco.

A situação atual do sistema de saúde, caracterizado por restrições financeiras e pela redução do tempo médio de internamento, leva a que a pessoa ostomizada, adquira de forma célere um conjunto de habilidades, consideradas suficientes até ao momento da alta do internamento. Isto limita o processo de ensino/aprendizagem, exigindo da pessoa ostomizada a aquisição da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, num curto espaço de tempo e exige dos enfermeiros empenho e disponibilidade para a obtenção da eficácia no autocuidado da ostomia pela pessoa. Torna-se por isso fundamental a existência de continuidade, organização e sistematização (O'connor, 2005) no processo de desenvolvimento da competência de autocuidado à pessoa com ostomia de eliminação intestinal, sendo estes fatores considerados facilitadores para o êxito na aquisição dessa mesma competência.

No contexto do internamento mercê da rotatividade da equipa de enfermagem, é muito importante a existência de procedimentos orientadores, relativos quer ao conhecimento, quer à aprendizagem de habilidades, permitindo que o processo de ensino/aprendizagem seja efetuado de forma sistemática e uniforme por toda a equipe. A utilização de um procedimento/norma de atuação facilita o processo de cuidados.

Apesar de existirem nos serviços de internamento procedimentos/normas de atuação, que permitem a uniformização dos cuidados, estes não descrevem como avaliar as necessidades e a competência da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no autocuidado. Neste sentido, torna-se importante a existência de instrumentos de avaliação que permitam monitorizar esta competência, atendendo a que estes, podem contribuir de forma mais correta para a definição do diagnóstico de enfermagem e para a adequação das terapêuticas de enfermagem simultaneamente, favorecem a continuidade de cuidados e permitem saber com precisão em que fase da aquisição da competência a pessoa se encontra, permitindo a evolução do processo de ensino nos diferentes domínios da competência.

Através dos dados obtidos provenientes de instrumentos de monitorização, é possível reconhecer com rigor as necessidades educativas e avaliar a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Esta metodologia

contribui para a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada e promove a qualidade dos cuidados de enfermagem.

Com base na evidência científica encontrada sobre a temática em estudo, foi elaborado um artigo em conjunto com duas colegas que se encontravam a frequentar o curso de Mestrado, na Escola Superior de Enfermagem do Porto que se encontra submetido para publicação. (Anexo I).

2 - ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A metodologia tem o objetivo de descrever como se realizou o estudo, de tal modo que qualquer um o possa replicar com base na informação fornecida (Ribeiro, 1999). Neste sentido, a fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e das atividades próprias para responder às questões de investigação (Fortin, 2009).

Neste capítulo, pretendemos descrever as opções metodológicas adotadas no desenvolvimento deste estudo de investigação. Iniciamos com a justificação, a finalidade e os objetivos e as questões de investigação. Seguindo-se o desenho do estudo, o procedimento de recolha de dados e a estratégia para análise dos dados. Por fim fizemos referência às questões éticas.

2.1 - Justificação do Estudo

O ponto de partida de qualquer investigação consiste em escolher um domínio de interesse para o investigador e posteriormente transpô-lo para questões de investigação capazes de serem estudadas (Fortin, 2009). De acordo com Freixo (2011), o ponto de partida de uma investigação pode ter origem numa observação da realidade, numa teoria ou ainda num conceito, podendo estar associada a preocupações educativas, clínicas ou sociais e representar comportamentos, observações e crenças. A pertinência desta investigação, teve por base a experiência de cuidar pessoas com ostomia de eliminação intestinal no decorrer da atividade profissional e da necessidade de ajudar estas pessoas no processo de adaptação à nova condição.

De facto, existe um número significativo de pessoas com patologia do cólon e reto que após o tratamento cirúrgico ficam com uma ostomia de eliminação intestinal. Atendendo a que a criação de uma ostomia leva a uma alteração no estado de saúde da pessoa, é da competência do enfermeiro implementar terapêuticas de enfermagem, capazes de ajudar estas pessoas a vivenciar o processo de transição saúde/doença, assim como promover a aquisição da competência de autocuidado à ostomia, ajudando a integrar a mudança e a recuperar a autonomia.

As terapêuticas de enfermagem devem ser orientadas, sistematizadas e apoiadas em ferramentas capazes de traduzir a evolução da pessoa na aquisição

da competência no domínio do autocuidado à ostomia o que, em contexto de internamento, é fundamental para otimizar o processo de integração na nova condição de saúde. Assim, o desenvolvimento de instrumentos de observação/avaliação e a sistematização da documentação, permite ao enfermeiro através da sua aplicação, conhecer as necessidades educativas individuais de cada pessoa com ostomia de eliminação intestinal e a partir daí definir os diagnósticos de enfermagem e planear as terapêuticas de enfermagem de acordo com as necessidades detetadas.

O facto de não existirem instrumentos de avaliação nesta área, suscitou em nós o interesse de construir um instrumento capaz de monitorizar, o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Este pretende contribuir para a melhoria contínua da prática de enfermagem e para o aperfeiçoamento de ações terapêuticas de enfermagem focalizadas na área do conhecimento e aprendizagem de habilidades com o objetivo de ajudar a pessoa ostomizada a integrar a nova condição.

Neste contexto, pretende-se que este estudo possa ser um contributo para um maior conhecimento sobre o processo de adaptação da pessoa ostomizada à nova condição. Esta problemática, é cada vez mais comum na atualidade, pelas implicações quer a nível dos processos individuais da pessoa com ostomia, quer a nível da gestão dos cuidados de saúde necessários, para a obtenção da autonomia no autocuidado à ostomia

2.2 - Finalidade e Objetivos do Estudo

Este estudo pretende identificar e descrever a competência de autocuidado nos seis domínios definidos, sendo estes o conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde, que a pessoa com ostomia de eliminação intestinal demonstra, no momento da alta do internamento. A correta avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal é essencial para adequar as terapêuticas de enfermagem e assim orientar o processo de ensino/aprendizagem atendendo às necessidades educativas individuais de cada pessoa. Assim, com este estudo pretendemos melhorar a assistência à pessoa com ostomia de eliminação intestinal no domínio do autocuidado e contribuir para a melhoria da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros.

Por sua vez, os objetivos de um estudo indicam o porquê da investigação, são considerados como um enunciado declarativo que precisa a orientação da investigação segundo o nível de conhecimentos estabelecidos no domínio em

questão (Fortin, 2009). Assim, com a intenção de delimitar o estudo a partir da sua finalidade definimos os seguintes objetivos:

- Construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva;
- Descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal temporária ou definitiva no momento da alta do internamento.

Depois de enunciados os objetivos do estudo definimos as questões de investigação.

2.3 - Questões de Investigação

As questões de investigação decorrem diretamente do objetivo e precisam a informação que se quer obter (Fortin, 2009). A questão de investigação constitui o elemento fundamental do início de uma investigação (Ribeiro, 1999). Assim, para este estudo, definimos as seguintes questões de investigação:

- Como avaliar a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva no contexto hospitalar?
- Qual a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, apresentada no momento da alta do internamento?

Delimitada a finalidade, objetivos e as questões de investigação, avançamos para a descrição do desenho do estudo que realizámos.

2.4 - Desenho do Estudo

O desenho do estudo refere-se à estrutura geral ou plano de investigação de um estudo (Ribeiro, 1999). Tendo em conta os objetivos definidos, este estudo foi desenhado com duas fases:

- na primeira, realizámos a construção do instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal;

- na segunda, pretendemos descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em contexto hospitalar, no momento da alta do internamento.

A construção do instrumento foi realizada por três investigadoras a frequentar o mestrado, na Escola Superior de Enfermagem do Porto. Após a construção do instrumento e realizado o pré-teste, este foi aplicado em contextos diferentes da amostra à pessoa com ostomia de eliminação intestinal, no período pré-operatório, no momento da alta do internamento e a nível da comunidade. Este trabalho de investigação reporta-se ao momento da alta do internamento.

Para a realização deste estudo optámos por uma metodologia quantitativa. O método de investigação quantitativo caracteriza-se pela medida de variáveis e pela obtenção de resultados numéricos suscetíveis de serem generalizados a outras populações ou contextos, faz apelo a explicações, a predições e ao estabelecimento de relações de causa/efeito (Fortin 2009). Esta metodologia quantitativa é especialmente planeada para produzir medidas precisas e confiáveis, que permitam uma análise estatística apropriada para medir opiniões, atitudes, preferências e comportamentos. É usada para determinar o perfil de um grupo de pessoas, baseado em características comuns.

Este estudo é de carácter descritivo, transversal e metodológico. O estudo descritivo implica a descrição completa de um conceito relativo a uma população, de maneira a estabelecer as características da totalidade ou de uma parte desta mesma população (Fortin, 2009). De acordo com Gray (2004), providenciam uma imagem do fenómeno tal como ocorre naturalmente.

Desta forma pretendemos descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento.

De acordo com o seguimento temporal, o nosso estudo é classificado como transversal, porque ocorre apenas uma observação ao longo de toda a investigação, através de um processo de recolha de dados num único momento – alta do internamento (Ribeiro, 1999). Tem um carácter metodológico, dado tratar-se da construção de um instrumento de medida (Fortin, 2009).

2.5 - Variáveis em Estudo

Segundo a literatura, existem várias tipologias para classificar as variáveis de um estudo, provavelmente muitas das tipologias encontradas são orientadas de acordo com o próprio desenho do estudo. As variáveis são qualidades, propriedades ou características de objetos, de pessoas ou de situações que são objeto de uma investigação (Fortin, 2009).

Neste estudo optámos por classificar como variáveis primárias e secundárias. Segundo Ribeiro (1999), as variáveis primárias são aquelas que podem responder à questão inicial formulada, e secundárias aquelas que completam a resposta, mas cuja análise é desprovida de sentido sem resposta obtida através das variáveis primárias. Neste contexto as variáveis do presente estudo foram classificadas em:

Variáveis primárias:

- competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

Variáveis secundárias:

- sociodemográficas: género, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e prestador de cuidado informal associado.
- clínicas: diagnóstico clínico associado à cirurgia, tipo de ostomia de eliminação intestinal, dias após a cirurgia.
- do tratamento: marcação prévia do local de construção da ostomia, realização de consulta de enfermagem de estomaterapia no pré operatório e contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia.

2.6 - Contexto e Participantes

O universo do estudo centrou-se na população de doentes sujeitos a cirurgia com criação de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva, no momento da alta do internamento, num serviço de cirurgia, entre Março e Junho de 2011. A amostra foi constituída por 50 participantes da referida população selecionados de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- ter idade superior a 18 anos;
- terem sido submetidos a cirurgia com criação de ostomia de eliminação intestinal, temporária ou definitiva;
- encontrarem-se no momento da alta do internamento.

Sendo critérios de exclusão da amostra:

- apresentar défice cognitivo, segundo a escala Mini-Mental State Examination (adaptada) (Anexo II);
- estar dependente no autocuidado.

A verificação da ausência de défice cognitivo foi confirmada por nós, no início do preenchimento do formulário, com base na escala Mini-Mental State Examination, sempre que surgiram dúvidas no contacto com a pessoa foi aplicada.

Foi realizada uma técnica de amostragem de conveniência (Ribeiro, 1999) aplicada a todos os participantes que, no momento da alta do internamento, cumpriam os critérios de inclusão. Esta técnica consiste em selecionar os indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos (Fortin, 2009). A recolha de dados foi realizada em contexto hospitalar no momento da alta do internamento. A escolha do serviço para a recolha de dados deve-se ao facto de ser um serviço de cirurgia digestiva, onde havia a probabilidade de se conseguir um número significativo de participantes. Dadas as limitações temporais o número de participantes foi de 50.

2.6.1 - Caracterização da Amostra

A caracterização da amostra foi realizada de acordo com as variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento. Na tabela nº1 apresenta-se a distribuição da amostra em função das variáveis: género, estado civil e habilitações literárias.

Tabela nº1 Distribuição da amostra segundo as variáveis: género, estado civil e habilitações literárias.

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Género	Masculino	29	58
	Feminino	21	42
Estado Civil	Solteiro	10	20
	Casado	34	68
	Viúvo	6	12
Habilitações Literárias	Não sabe ler nem escrever	5	10
	Sabe ler e escrever (sem qualquer habilitação)	5	10
	Com habilitações literárias	40	80

Relativamente ao género, 58% da amostra pertencia ao género masculino e 42% pertencia ao género feminino.

Em relação ao estado civil, 68% da amostra era casado, 20% era solteiro e 12% era viúvo.

Relativamente às habilitações literárias verificámos que 80% da amostra possuía habilitações literárias e 20% não tinha habilitações literárias, embora 10% desses soubesse ler e escrever, mas não tinha qualquer habilitação literária.

Na tabela nº2 é caracterizada a amostra em função das variáveis: idade e anos de escolaridade. Para cada uma destas variáveis, a tabela apresenta as principais medidas descritivas (de tendência central e de dispersão).

Tabela nº2 – Distribuição da amostra segundo as variáveis: idade e anos de escolaridade

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão	Mediana	Moda
Idade (anos)	18	80	56	17	58	49
Anos escolaridade	4,0	17	8,0	5,0	9,0	4,0

A média de idades dos participantes da nossa amostra, situava-se nos 56 anos de idade, com um desvio padrão de 17 anos. O participante mais jovem tinha 18 e o mais velho 80 anos. Metade dos participantes da amostra tinha mais de 58 anos de idade e a idade mais frequentemente observada é de 49 anos.

No que respeita aos anos de escolaridade, verificámos que na nossa amostra a média dos anos de escolaridade situava-se nos 8 anos, com um desvio padrão de 5 anos de escolaridade. O valor mínimo de escolaridade situava-se nos 4 anos e o valor máximo nos 17 anos de escolaridade. Metade dos participantes da amostra tinha 9 anos de escolaridade. O valor dos anos de escolaridade mais frequente é 4 anos.

Tabela nº3- Distribuição da amostra segundo a variável: situação profissional

Situação Profissional	Frequência (n)	Percentagem (%)
Empregado no activo	21	42
Desempregado	3	6
Estudante	1	2
Reformado	25	50

Em relação à situação profissional, verificámos que 50% dos participantes da amostra se encontravam reformados e 42% estavam empregados.

Tabela nº4 - Distribuição da amostra segundo a variável: profissão

Profissão	Frequência (n)	Percentagem (%)
Trabalhador não qualificado	10	20
Engenheiro	3	6
Professor	2	4
Administrativo	2	4
Farmacêutico	1	2
“Não especificado”	1	2
Médico	1	2
Informático	1	2

Relativamente à profissão atual verificámos que 20% dos participantes da amostra pertencia ao grupo de trabalhador não qualificado.

Tabela nº5 – Distribuição da amostra segundo a variável: prestador de cuidados informal

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Tem prestador de cuidados informal	Não	29	58
	Sim	21	42
Quem é o prestador de cuidados informal	Filho(a)	10	20
	Cônjuge	9	18
	Mãe	1	2
	Irmão	1	2

Relativamente ao prestador de cuidados informal, verificámos que 58% dos participantes da amostra não tinha prestador de cuidados informal e 42% dos participantes tinha prestador de cuidados. Dos 42% dos participantes da amostra a maioria tinha como prestador de cuidados o filho(a).

Tabela nº6 - Distribuição da amostra segundo a variável: diagnóstico clínico associado à cirurgia

Diagnóstico clínico associado à cirurgia	Frequência (n)	Percentagem (%)
Neoplasia do reto	25	50
Doença de cronh	8	16
Neoplasia do cólon direito	5	10
Polipose adenomatosa familiar	4	8
Neoplasia sigmoide	2	4
Colite ulcerosa	1	2
Neoplasia cólon transverso	1	2
Total	46	92

Relativamente ao diagnóstico clínico associado à cirurgia, verificámos que 92% dos participantes da amostra sabiam o diagnóstico clínico associado à cirurgia. O diagnóstico mais frequente era a neoplasia do reto, em 50% da amostra.

Relativamente ao tipo de ostomia, verificámos que 54% dos participantes da amostra foram sujeitos a criação de colostomia e 46% foram sujeitos a criação de ileostomia. Quanto à duração da ostomia verificámos que 70% dos participantes da amostra era portador de uma ostomia temporária e 30% de uma ostomia definitiva.

Tabela nº7 – Distribuição da amostra segundo as variáveis: contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia, o ter participado em consulta de enfermagem de estomaterapia no pré operatório e ter sido realizada marcação do local de construção da ostomia.

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Teve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia	Não	48	96
	Sim	2	4
Participou em consulta de enfermagem de estomaterapia no pré operatório	Não	46	92
	Sim	4	8
Realizada marcação do local de construção da ostomia	Não	48	96
	Sim	2	4

Relativamente ao contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia, verificámos, que a maioria dos participantes da amostra não teve esse contacto prévio.

Em relação à participação em consulta de enfermagem de estomaterapia antes da cirurgia, verificámos, que quase a totalidade dos participantes da amostra não participou nessa consulta.

Relativamente à marcação do local de construção da ostomia, verificámos que em quase a totalidade dos participantes da amostra não foi efetuada a marcação da ostomia.

No que respeita aos dias de internamento, verificámos que os participantes da nossa amostra, estavam internados um mínimo de dois dias e um máximo de quinze dias, apresentando uma média de oito dias de internamento e um desvio padrão de três dias.

2.7 - Instrumento de Recolha de Dados

A recolha de dados que suporta esta investigação, teve por base a aplicação do instrumento sobre a forma de formulário, construído na primeira fase para o efeito por três investigadoras a frequentar o mestrado em enfermagem, na Escola Superior de Enfermagem do Porto que inclui três estudos. Assim, os três estudos tiveram uma parte comum, a construção do instrumento e uma componente mais individualizada, o estudo descritivo. Cada investigadora aplicou o instrumento construído, em momentos diferentes (pré-operatório, momento da alta do internamento e comunidade). A recolha de dados no nosso caso foi efetuada no momento da alta do internamento.

O instrumento aplicado sobre a forma de formulário inclui para além dos dados sociodemográficos, clínicos e do tratamento, um conjunto de seis domínios da

competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, operacionalizados com um conjunto de indicadores. Desta forma, através dos resultados obtidos foi-nos possível descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento (Anexo III).

2.8 - Procedimento de Recolha de Dados

O referido instrumento foi elaborado com a intenção de ser aplicado, sob a forma de formulário, pela investigadora ou pelo enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa ostomizada. O formulário é um instrumento de colheita de dados estruturado e organizado que se situa entre o questionário e a entrevista, ou seja, na sua elaboração tem que ser congruente com os objetivos do estudo e ter itens bem redigidos e na sua aplicação é necessário rigor e objetividade (Gil, 1995, p.95).

O recurso a formulários é uma estratégia recorrente em estudos uma vez que se reconhece a utilidade/vantagem do investigador ter a possibilidade de esclarecer aspetos relacionados com a informação a recolher. Por outro lado, permite o envolvimento no estudo de pessoas com limitações na leitura/escrita, o que não é de excluir na população portuguesa (Polit, Beck, e Hungler, 2004).

A recolha de dados iniciou-se após ter sido concedida a autorização da comissão de ética e do conselho de administração (Anexo IV). Os dados foram colhidos entre Março e Julho de 2011, os participantes no estudo foram seleccionados no momento da alta do internamento de acordo com os critérios de inclusão previamente estabelecidos. Durante a aplicação do formulário houve uma grande interacção entre o investigador e o participante, mesmo relativamente a temáticas que não tinham a ver com a investigação, o que aumentou o tempo necessário para o preenchimento do formulário, no entanto esta estratégia foi considerada como facilitadora para o preenchimento do mesmo. Todos os participantes, antes do início da aplicação do formulário, foram informados dos objetivos do estudo, tendo sido obtido o seu consentimento informado, conforme os termos éticos adequados.

2.9 - Estratégia para Análise dos Dados

Os dados obtidos com recurso ao formulário, foram lançados numa base de dados do SPSS – Statistical Program for Social Sciences, versão 19, construída para o efeito. A base de dados foi analisada com o objetivo de encontrar erros na

introdução dos dados, sendo corrigidas situações pontuais identificadas, com recurso aos formulários em suporte de papel.

A análise dos dados das variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento, foi realizada através da análise descritiva, que inclui a distribuição de frequências, as medidas de tendência central (moda, média e a mediana) e as medidas de dispersão (desvio padrão).

Para a escolha da utilização dos testes foi necessário verificar a normalidade da distribuição dos dados. Assim, o estudo da normalidade da distribuição dos dados foi obtida através da aplicação dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk a algumas variáveis, cujos resultados não mostraram normalidade, daí serem utilizados os testes não paramétricos.

Relativamente à análise inferencial, recorremos a métodos de estatística não paramétrica como o teste Mann-whitney (U) para comparação da média de duas amostras independentes. Para comparação da média de mais de duas amostras independentes, utilizámos o teste de Kruskal-Wallis (H). Para perceber o grau de correlação entre duas variáveis quantitativas realizámos o cálculo do coeficiente da correlação de Spearman. O coeficiente de correlação varia entre -1 e 1, quanto mais próximo estiver dos extremos, maior será a associação linear entre variáveis. O valor 0 (zero) indica a inexistência de relação linear entre as variáveis. Quando a associação linear é negativa, indica que o aumento de uma variável está associado, em média, à diminuição da outra. Por outro lado, se o aumento de uma variável, em média, corresponde ao aumento da outra, então a associação é positiva. Segundo Pestana e Gageiro (2005 p.179) *“A correlação indica que os fenómenos não estão indissoluvelmente ligados, mas, sim, que a intensidade de um é acompanhada tendencialmente (em média, com maior frequência) pela intensidade do outro, no mesmo sentido ou em sentido inverso”*. Segundo estes autores, *“por convenção em ciências exatas sugere-se que r menor que 0,2 indica uma associação linear muito baixa; entre 0,2 e 0,39 baixa; entre 0,4 e 0,69 moderada; entre 0,7 e 0,89 alta; e por fim entre 0,9 e 1 uma associação muito alta”*. Com semelhante lógica para as correlações negativas.

Relativamente à leitura do valor da média de rank, referimos que o valor inferior é o que indica melhor domínio no autocuidado à ostomia. Apenas serão apresentados os dados das variáveis que apresentam significância estatística. Os resultados serão apresentados em tabelas e quadros.

2.10 - Considerações Éticas

Segundo Fortin (2009), a ética é a ciência da moral e a arte de dirigir a conduta. De acordo com Ribeiro (1999), os aspetos éticos são decisivos em investigação, pois se não existir um código de ética que aponte limites e oriente os passos da investigação, esta fica em causa. A participação humana em estudos de investigação implica uma reflexão sobre os condicionantes éticos de modo a salvaguardar o respeito e a proteção da pessoa (Fortin, 2009).

Para a realização deste estudo, foi obtida a autorização do Conselho de Administração e da Comissão de Ética.

Quanto aos participantes, estes foram informados, quer oralmente, quer através da carta explicativa (Anexo V) sobre a natureza e objetivos do estudo e todos acederam livremente a participar. Foram respeitados os princípios do consentimento livre e esclarecido, inscritos na declaração de consentimento informado (Anexo VI) que foi dada no momento da recolha de dados e que foi aceite e assinada por todos os participantes no estudo.

Todas as pessoas que decidiram participar, fizeram-no de forma voluntária, foram sempre informadas de que, se o desejassem poderiam deixar de participar no estudo a qualquer momento e também da confidencialidade dos dados recolhidos, não tendo ocorrido nenhum pedido de desistência. Colocámo-nos sempre à disposição para qualquer esclarecimento sobre o estudo.

Ao longo de toda a investigação, foram tidos em conta os princípios éticos, uma vez que são eles que permitem salvaguardar a pessoa que participa em estudos.

3 - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS

Este capítulo inicia-se com a descrição do processo de construção do instrumento de monitorização, prosseguindo com a apresentação dos resultados relativamente aos domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal e por fim apresentamos os resultados obtidos nas relações das variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento que têm significância estatística com os seis domínios da competência de autocuidado à ostomia.

3.1 - Construção do Instrumento de Monitorização do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Para dar resposta ao objetivo inicial na primeira fase desta investigação foi construído um instrumento, cujo processo passamos a descrever.

A fase de construção dos instrumentos de recolha de dados é essencial, pois determina toda a pesquisa de campo, fornecendo dados que devem ser fiáveis para tornar a investigação num processo válido e reconhecido pela comunidade científica (Sousa e Batista, 2011). A investigação numa dada disciplina visa a produção de uma base científica para assegurar a prática e a credibilidade da profissão. Assim, para descrever o processo de construção do instrumento é importante abordar a interação entre a investigação, a teoria e a prática. Fortin (2009), define a investigação como campo de conhecimentos, a teoria como campo de organização dos conhecimentos e a prática profissional como campo de intervenção. Assim, a nossa experiência profissional enquanto enfermeira que presta cuidados a pessoas com ostomia de eliminação intestinal, desencadeou a necessidade de avaliarmos a competência de autocuidado, no sentido de monitorizarmos o seu desenvolvimento ao longo do processo de adaptação da pessoa à nova condição. De acordo com a questão de investigação e cientes daquilo que pretendíamos, demos início à pesquisa da evidência subordinada ao tema. Perante a escassez de instrumentos de monitorização do desenvolvimento

da competência da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e a verificação de que a informação existente é dispersa e sem sistematização, achamos importante a construir um instrumento orientado para esta vertente. Também consideramos que este seria um contributo importante na prática profissional dos enfermeiros, dando resposta às exigências da atualidade ao contribuir para o progresso do conhecimento científico nesta área. Para dar início à construção do instrumento baseamo-nos nos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos para estudo. Neste sentido começámos por definir os conceitos de competência e de autocuidado, sendo este o primeiro passo para a construção do instrumento, pois segundo Fortin (2009) qualquer medida é determinada pela questão de investigação e pelas definições conceptuais e operacionais dos conceitos em estudo. Também de acordo com Freixo (2011) a primeira fase de construção de um instrumento de medida é a definição precisa dos conceitos, nos quais as questões de investigação assentam. A definição de competência tem por base três elementos que, embora independentes, se inter-relacionam, sendo estes: o conhecimento, a habilidade e a atitude (Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destes aspetos ao contexto. Assim, a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser entendida como a capacidade da pessoa mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001).

O autocuidado define-se como a função reguladora humana, sendo esta uma acção deliberada para garantir ou suprir, as necessidades para continuar a vida, no crescimento e desenvolvimento, assegurando a manutenção da integridade humana (McEwen e Wills, 2007). É também definido como a habilidade adquirida ao longo do desenvolvimento da pessoa, que lhe permite satisfazer as suas necessidades e continuar a deliberar ações destinadas a regular o seu funcionamento e desenvolvimento (Tomey e Alligood, 2003). Relacionando o conceito com a pessoa ostomizada, o autocuidado poderá definir-se como a capacidade da pessoa aplicar na prática a competência para cuidar da ostomia.

Definidos os conceitos a operacionalizar e segundo Fortin (2009), estes devem ser convertidos em indicadores. Neste sentido procedeu-se à sua decomposição e seleção dos indicadores. Para a definição dos indicadores recorreu-se ao conhecimento científico atual na área e à Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). O recurso à NOC possibilitou a identificação de alguns indicadores para a construção deste instrumento. Assim, na área do *“conhecimento: cuidados com a ostomia”*, selecionamos como indicadores, *a descrição do*

funcionamento da ostomia, a descrição da finalidade da ostomia, a descrição do cuidado com a pele ao redor da ostomia, a descrição da técnica de irrigação, a descrição do procedimento de troca ou esvaziamento do conteúdo da bolsa de ostomia, a descrição das complicações relacionadas à ostomia e à pele, a descrição da periodicidade para troca da bolsa de ostomia e a descrição dos suprimentos necessários para o cuidado com a ostomia.

Relativamente à área do “autocuidado da ostomia”, selecionamos os seguintes indicadores: *descreve o funcionamento da ostomia, descreve a finalidade da ostomia, mostra-se confortável em olhar para a ostomia, demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia, demonstra técnica de irrigação adequada, esvazia a bolsa de ostomia, troca a bolsa de ostomia, monitoriza complicações com a ostomia, monitoriza a quantidade e consistência das fezes, segue esquema para troca de bolsa, obtém suprimentos para cuidados com a ostomia e procura profissionais para assistência, se necessário.* Assim, determinado o que pretendíamos medir e na posse de indicadores, passámos à construção do instrumento. A diversidade da informação reunida obrigou-nos à sua organização. Nesta fase foi importante e útil a consulta de outros instrumentos de medida que abordavam temas semelhantes aos que estávamos a trabalhar. Segundo Freixo (2011), nesta fase, será útil que o investigador consulte outros instrumentos que tratem de temas similares aproveitando assim a experiência de outros. Após a consulta de outros instrumentos de medida, decidimos utilizar a lógica de um instrumento já existente, criado por Schumacher e colaboradores (2000), que avalia a competência de cuidar da família prestadora de cuidados, fazendo referência a nove dimensões do papel de cuidar, correspondendo a cada dimensão, sessenta e oito indicadores da competência do cuidar, que avaliam o cuidado prestado. As nove dimensões do papel de cuidar referidas por estes autores, são a monitorização, a interpretação, a tomada de decisão, atuação/execução, a prestação de cuidados, a negociação com o sistema de saúde a realização de ajustes/acertos, a providência de recursos e o trabalho em conjunto com a pessoa doente. Para Schumacher e colaboradores (2000), a competência da família para cuidar é definida como a capacidade desta integrar de forma fluida e eficaz, as nove dimensões do papel de prestador de cuidados, consideradas fundamentais no processo de prestação de cuidados. Para os autores, é esperado que a família observe o recetor dos cuidados, de forma a identificar possíveis mudanças na sua condição (monitorização); reconheça e compreenda as alterações no curso normal ou esperado da sua situação clínica (interpretação); escolha um percurso de ação assente na observação e interpretação da situação (tomada de decisão), atue de acordo com a decisão tomada, respeitando as instruções (atuação/execução);

defina a forma de cuidar até encontrar estratégias eficazes (realização de ajustes/acertos); adquira recursos necessários à prestação de assistência, desde informação e equipamentos (providência de recursos); preste os cuidados com delicadeza, obtendo resultados esteticamente agradáveis, atendendo à segurança e conforto do doente (prestação de cuidados) sendo o cuidado como um processo de partilha, de acordo com a personalidade do doente (trabalho em conjunto) assegurando as necessidades da pessoa que recebe os cuidados (negociação com o sistema de saúde).

Para a construção do nosso instrumento, definimos seis domínios da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder um conjunto de indicadores a cada um, já que como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança. Neste sentido identificámos como domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal os seguintes:

Quadro I - Domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal

O conhecimento
A auto-vigilância
A interpretação
A tomada de decisão
A execução
A negociação e utilização dos recursos de saúde

Relativamente ao domínio **conhecimento**, pretende-se avaliar quais os conhecimentos teóricos que a pessoa ostomizada possui relativamente ao autocuidado à ostomia. Esta avaliação passa pela verbalização por parte da pessoa de aspetos relativos a cada indicador. Para tal foram definidos os seguintes indicadores:

- refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal;
- refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal;
- refere as características da ostomia de eliminação intestinal;
- refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal;
- refere quais os dispositivos necessários à ostomia;
- refere quando deve proceder à substituição do saco/placa de ostomia;
- refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada;
- reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.

No domínio da **auto-vigilância** pretende-se avaliar a capacidade de vigilância da pessoa ostomizada dos aspetos em torno da ostomia, passando pela

observação do comportamento da pessoa de aspetos relativos a cada indicador. Para tal foram definidos os seguintes indicadores:

- observa a ostomia de eliminação intestinal;
- identifica as características da ostomia de eliminação intestinal;
- identifica as características das fezes;
- identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal;
- atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia;
- regista ocorrências significativas.

No domínio **interpretação** espera-se que a pessoa ostomizada seja capaz de interpretar os dados obtidos na auto-vigilância à ostomia. A capacidade de interpretar prevê que a pessoa coloque questões e associe fatores relacionados com as alterações e complicações associadas à ostomia. Para realizar esta avaliação foram definidos os seguintes indicadores:

- questiona detalhadamente com o objetivo de encontrar uma explicação;
- refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal;
- refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes;
- reconhece que os resultados do cuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.

No domínio da **tomada de decisão** pretende-se que a pessoa ostomizada possua capacidades para decidir quando realizar o cuidado à ostomia, sendo definidos os seguintes indicadores:

- estabelecer prioridades na tomada de decisão;
- reconhece as possíveis consequências das suas decisões;
- previne as complicações da ostomia;
- verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.

Estes indicadores permitem avaliar o poder de decisão da pessoa ostomizada relacionado com cuidado à ostomia.

No domínio da **execução** pretende-se avaliar se a pessoa executa os procedimentos práticos relativos ao cuidado à ostomia. Para avaliar este domínio foram definidos os seguintes indicadores:

- executa os procedimentos atendendo ao seu conforto;
- executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional;
- gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados;
- organiza o material necessário para o cuidado à ostomia;

- mede o tamanho da ostomia;
- recorta a placa/penso de acordo com o tamanho da ostomia;
- desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de duas peças);
- liberta os gases contidos no saco de ostomia;
- descola a placa de ostomia;
- limpa a ostomia de eliminação intestinal;
- lava a pele periestomal;
- seca a pele periestomal;
- aplica protetores cutâneos;
- cola a placa de ostomia;
- adapta o saco de ostomia (se dispositivo de duas peças);
- confirma o ajuste do dispositivo;
- realiza a técnica de irrigação intestinal.

O último domínio da competência que é a **negociação e utilização dos recursos de saúde**, pretende que a pessoa ostomizada demonstre conhecimentos sobre os recursos disponíveis na comunidade e as capacidades que tem para negociar/utilizar esses recursos, para realizar esta avaliação foram definidos os seguintes indicadores:

- negocia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada;
- recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento;
- recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia;
- avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.

Na construção do nosso instrumento, para medir os indicadores referentes aos domínios da competência, optámos por utilizar uma escala de avaliação ordinal do tipo *Likert* (Fortin, 2009) de três pontos. De acordo com Ribeiro (1999), é uma escala utilizada em avaliação de atitudes e comportamentos, consistindo numa série de afirmações em que os respondentes devem indicar a sua concordância ou discordância numa escala de intensidade. Segundo Freixo (2011) esta escala permite a um sujeito exprimir em que medida está de acordo ou desacordo com cada indicador proposto. Desta forma os indicadores foram avaliados numa escala de avaliação com as opções de resposta: 1- *demonstra totalmente*, 2 - *demonstra parcialmente*, e 3 - *não demonstra*, sendo possível assinalar na escala o nível de competência que a pessoa ostomizada possui em relação ao autocuidado à ostomia. A avaliação da competência de autocuidado da pessoa ostomizada deve ser feita pela escolha de uma das opções de resposta atrás referida.

O preenchimento do instrumento descrito pressupõe que o inquiridor (enfermeiro) avalie (questionando/observando) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência de autocuidado. A avaliação do desempenho da pessoa ostomizada deve traduzir-se pela seleção de uma das respostas acima referidas. A pessoa ostomizada demonstra totalmente um dado indicador, quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa ostomizada demonstra parcialmente um dado indicador quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção não demonstra é feita quando não cumpre qualquer dos critérios definidores do indicador em análise. No mesmo instrumento existe ainda a opção de resposta “não se aplica”, que deve ser assinalada quando não é possível avaliar o indicador do domínio da competência, porque este não pode ser atribuído ao caso particular da pessoa ostomizada, ou porque não existem dados suficientes para a sua avaliação. A utilização desta opção de resposta, faz-nos reconhecer que nem todas as perguntas são aplicáveis (Freixo 2011), refere que devem ser assegurados, na construção do instrumento, a aplicabilidade de todas as perguntas. Dado que a aplicação do nosso formulário se vai efetuar ao longo do processo de adaptação da pessoa ostomizada à nova condição é possível haver dados a colher que não têm resposta exata sobre o domínio da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

O referido instrumento além de apresentar a escala descrita anteriormente possui uma primeira parte que é constituída por questões orientadas para recolher informação sob o ponto de vista sóciodemográfico, clínico e de tratamento da pessoa ostomizada. Neste sentido, surgem então variáveis sociodemográficas que permitem a recolha de dados como o género, a idade, o estado civil, as habilitações literárias, a atividade profissional, a presença de um prestador de cuidados informal, sendo este tipo de variáveis importantes para caracterizar amostra. Nesta continuidade definimos também variáveis clínicas, como o diagnóstico clínico associado à cirurgia e o tipo de ostomia de eliminação intestinal, variáveis estas que permitem recolher informação sobre o estado clínico da pessoa. Por fim, surgiram as variáveis do tratamento tais como a marcação do local de construção da ostomia, se foi realizada consulta de enfermagem de estomaterapia pré-operatória e se houve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia. Este tipo de variáveis permitem recolher dados sobre a informação que a pessoa possuía acerca do seu tratamento e dos recursos disponíveis na comunidade e a forma como foi preparada para a cirurgia.

Após a descrição da construção do instrumento de avaliação, importa referir que este foi realizado com a intenção de ser aplicado sob a forma de formulário

pelo investigador ou enfermeiro responsável pelos cuidados à pessoa com ostomia de eliminação intestinal. Este instrumento de colheita de dados, sendo preenchido pelo investigador, permite um contacto direto com o inquirido, possibilita a avaliação das respostas dadas, certifica que o inquirido percebeu as perguntas, e ainda possibilita a economia de tempo na obtenção dos dados (Marconi & Lakatos, 2008).

Esta opção permite maior taxa de resposta e melhor validade da informação. A presença do inquiridor permite explicar à pessoa o que não entende, por outro lado permite obter outras informações através da observação ou discurso da pessoa que podem ser importantes para a investigação.

De referir ainda, que além da construção do instrumento acima descrito, foi também elaborado um manual para o seu preenchimento, com o objetivo de esclarecer e definir critérios de preenchimento, permitindo uniformizar as questões e evitar enviesamentos dos dados. Este manual tem um carácter meramente consultivo e pode ser usado no contexto da aplicação do formulário, para esclarecer dúvidas que surjam, nomeadamente quando este é aplicado pelo enfermeiro que não o investigador. Este manual de preenchimento possui uma primeira parte, com as definições das variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento e as indicações de seleção. Na segunda parte estão definidos os domínios da competência de autocuidado e respetivos indicadores, fazendo corresponder a cada um, as características definidoras (Anexo VII).

No seguimento da construção do instrumento seguiu-se uma apreciação do mesmo, junto de um grupo de peritos, com o objetivo de avaliar a sua validade de conteúdo. *“Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto”* (Hulley et al., 2008, p.267). Segundo Fortin (2009), a validade de conteúdo refere-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo, pelo que o instrumento é válido se mede bem o que é suposto medir. Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados que eles contêm são representativos do domínio que o investigador quer medir, desta forma a validade de conteúdo está diretamente ligada à definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar (Fortin, 2009).

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, reunimos cinco peritos na área do autocuidado e das ostomias. De acordo com Fortin (2009) é recomendável pedir ajuda a pelo menos cinco peritos, sendo possível obter dados satisfatórios com apenas três peritos. Os peritos selecionados tinham competência na elaboração de instrumentos e tinham um conhecimento do domínio estudado

(Fortin, 2009). Assim, foram selecionadas três enfermeiras estomaterapeutas, uma mestre na área das ostomias e uma mestre na área do autocuidado.

Esta seleção de peritos foi feita no sentido de permitir o contributo diversificado dos intervenientes para a validação dos conteúdos inerentes à competência de autocuidado à ostomia. No sentido de preparar esta reunião, foi enviado antecipadamente um instrumento a cada um dos peritos, permitindo um conhecimento prévio do seu conteúdo (Fortin, 2009).

A metodologia utilizada na reunião com os peritos, foi o método expositivo, onde foi exposto inicialmente o instrumento, proporcionando a discussão dentro do grupo de peritos acerca de cada indicador relativo aos diferentes domínios da competência de autocuidado à ostomia. A discussão centrou-se em avaliar cada indicador no sentido de verificar a sua pertinência, se media aquilo que era suposto medir e se este era representativo do domínio que o investigador queria avaliar.

Após a avaliação de cada indicador, o grupo de peritos conclui que todos eram pertinentes e avaliavam os conteúdos teóricos pretendidos, indo ao encontro daquilo que as investigadoras pretendiam medir. Após esta fase o instrumento foi submetido a uma análise sobre a sintaxe utilizada, não tendo sido apontada qualquer retificação por parte de um professor de português.

Após as fases descritas anteriormente chegou-se à versão final do instrumento, a qual serviu de modelo para a realização do pré-teste. Segundo Ghiglione e Matalon (2005) qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população em estudo. Para testar o instrumento no contexto dos três estudos, aplicámos o formulário a cinco pessoas no momento da alta, a cinco pessoas no pré-operatório e a cinco a pessoas na comunidade, completando assim um total de quinze pessoas. O pré-teste tem como objetivo principal avaliar a eficácia e a pertinência do instrumento e se é bem compreendido, corrigindo possíveis dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos (Fortin 2009 e Ribeiro 1999). Da aplicação do pré-teste, não surgiram alterações do conteúdo, pelo que concluímos que o instrumento era perceptível e adequado à amostra em questão e em consequência à população em estudo.

Pretendemos que este instrumento de avaliação seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal durante o seu processo de transição, sendo possível a sua utilização pelos enfermeiros, desde o pré-operatório, durante o internamento hospitalar até um momento qualquer de contacto com a pessoa ostomizada na comunidade. A correta avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal é essencial para a adequação do seu plano de recuperação e

integração social, sendo certo que sistematizar esta avaliação, permite adequar estratégias de intervenção, cuja eficácia promove a qualidade de vida do ostomizado. Esta metodologia permite a continuidade dos cuidados, evita a perda de informação em relação ao processo de ensino/aprendizagem da pessoa ostomizada e promove as boas práticas de enfermagem. Deste processo de construção do instrumento, surge a elaboração de um artigo em conjunto com duas colegas que se encontravam a frequentar o mestrado, na Escola Superior de Enfermagem do Porto que se encontra submetido para publicação (Anexo VIII).

3.1.1 - Fidelidade e Validade do Instrumento

A fidelidade refere-se à precisão e à constância das medidas obtidas com ajuda de instrumentos de medida. O instrumento de medida é fiel se ele dá resultados idênticos em situações semelhantes (Fortin, 2009). Existem diversos critérios para avaliar a fidelidade, sendo estes, a estabilidade, a consistência interna e a equivalência. No âmbito em que se desenvolveu este estudo, a consistência interna é a mais relevante, dado que indica o grau de concordância que existe entre todos os enunciados que fazem parte do instrumento de medida. Esta refere-se à homogeneidade do conjunto dos enunciados que servem para medir diferentes aspetos de um mesmo conceito, pelo que, quanto maior for a correlação entre enunciados, maior é a consistência interna do instrumento. Segundo Fortin (2009), uma das principais técnicas para avaliar a consistência interna de um instrumento de medida é o cálculo do coeficiente de *alfa de Cronbach*, sendo esta técnica utilizada quando existem várias possibilidades de escolha como é exemplo a escala de *Likert*. Assim, o valor de *alfa de Cronbach* obtido na escala de avaliação do nosso instrumento é apresentado no quadro a seguir:

Quadro II – Coeficiente de *alfa de Cronbach* dos diferentes domínios do instrumento global

Domínios do instrumento	Número de itens	α de Cronbach
Conhecimento	9	0,74
Auto-vigilância	7	0,84
Interpretação	4	0,77
Tomada de decisão	4	0,74
Execução	17	0,63
Negociação e utilização dos recursos de saúde	4	0,90
Global	45	0,93

Segundo Fortin (2009) o valor do coeficiente *alfa de Cronbach* varia entre 0 e 1, sendo que um valor mais próximo do 1 corresponde a maior consistência interna.

Do mesmo modo Ribeiro (1999) refere que uma boa consistência interna deve exceder um *alfa de Cronbach* de 0,80, sendo considerado como valor aceitável um *alfa de Cronbach* superior a 0,60.

No nosso estudo, o *alfa de Cronbach* do instrumento no seu global é de 0,93 o que segundo os valores de referência dos autores acima citados é um resultado estatístico bom em termos de consistência interna do instrumento. Desta forma consideramos que o instrumento tem consistência interna para medir aquilo que pretendíamos.

Relativamente à validade esta pode ser definida como a clareza de que um teste/escala mede com precisão aquilo que se propõe medir. Existem três tipos de validade que podem ser ponderadas: validade de conteúdo, validade de construto e validade de critério:

A *validade de conteúdo* assegura que os enunciados de um instrumento de medida representam de forma precisa o objeto de estudo, estando diretamente ligada à definição dos conceitos teóricos do estudo (Fortin, 2009). Esta validade fornece a estrutura e a base para a definição das questões que representaram o conteúdo. No nosso estudo a validade conteúdo foi conseguida através da apreciação do instrumento por um grupo de peritos que, como nos refere Moreira (2006), a validade de conteúdo é essencialmente um julgamento e não um exercício de objetividade, assim uma das formas de se efetuar o julgamento é pela análise de vários juízes especialistas no conteúdo do domínio em avaliação. Se após análise, todos os juízes concordarem que determinado item avalia o conteúdo em causa, provavelmente, tal pode ser aceite como verdadeiro.

A *validade de construto* garante a capacidade de um instrumento para medir o conceito ou construto definido teoricamente, trata de verificar se o construto teórico do instrumento está de acordo com a teoria que lhe está subjacente (Fortin, 2009). No nosso estudo, não foi avaliada a *validade de construto*, dado não haver um número de participantes suficiente, que assegure que este construto mede aquilo que pretendemos medir, pelo que desejamos fazê-lo posteriormente em estudos mais abrangentes.

A *validade de critério* refere-se à correlação entre um instrumento de medida e um outro instrumento que mede o mesmo fenómeno, ou fenómenos semelhantes. Como não existia outro instrumento para medir o conceito em análise, este pressuposto não foi analisado (Fortin, 2009).

Desta forma e para o efeito deste estudo, o instrumento construído e utilizado no processo de recolha de dados apresenta validade de conteúdo e o valor de *alfa de Cronbach* de 0,93 indica-nos uma boa correlação entre os itens do conceito a

medir, pelo que evoluímos para a apresentação dos resultados, relativamente aos domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

3.2 - Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal

A competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal foi calculada, tendo por base o instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, desenvolvido durante a primeira fase deste estudo de investigação. Neste seguimento foi possível definir, por via da observação e com a colocação de questões aos participantes, qual a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento, face aos seis domínios da competência, sendo estes: conhecimento, auto-vigilância, interpretação, tomada de decisão, execução, negociação e utilização dos recursos de saúde. Nos vários indicadores, cada caso é classificado de acordo com o nível de competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

Nas tabelas seguintes, apresentamos os resultados verificados na nossa amostra em função de cada indicador referente aos vários domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

Tabela nº8 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **conhecimento** (N= 50).

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)
1.Refero o que é uma ostomia de eliminação intestinal	46 (92)	4 (8)	0
2.Refero qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal	48 (96)	2 (4)	0
3.Refero as características da ostomia de eliminação intestinal	3 (6)	38 (76)	9 (18)
4.Refero os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	3 (6)	35 (70)	12 (24)
5.Refero quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia	43 (86)	7 (14)	0
6.Refero quando deve proceder à substituição do saco de ostomia	46 (92)	4 (8)	0
7.Refero quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia	44 (88)	6 (12)	0
8. Refero quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada	5 (10)	14 (28)	31 (62)
9.Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia	10 (20)	33 (66)	7 (14)

Iniciamos a apresentação dos resultados com o domínio da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal **conhecimento**, que comporta nove indicadores, em cada indicador cada caso foi classificado em função do nível de conhecimento teórico que a pessoa possuía em relação à competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. Verificamos que a maioria da amostra demonstrava total conhecimento nos indicadores: “*Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal*”, “*Refere qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal*”, “*Refere quais os dispositivos necessários à ostomia*” e “*Refere quando deve proceder à substituição do saco/placa de ostomia*”, que se referem a competência básica de autocuidado.

Relativamente aos indicadores “*Refere as características da ostomia de eliminação intestinal*”, “*Refere os sinais de complicações da ostomia de eliminação intestinal*”, “*Refere os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada*”, “*Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre os cuidados à ostomia*”, há menor demonstração do conhecimento. Relativamente ao indicador “*Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada*”, verificamos que, mais de metade dos participantes da amostra não apresenta conhecimento.

Tabela nº9 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **auto-vigilância** (N= 50).

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)
10. Observa a ostomia de eliminação intestinal	49 (98)	1 (2)	0
11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal	6 (12)	39 (78)	5 (10)
12. Identifica as características das fezes	6 (12)	37 (74)	7 (14)
13. Identifica sinais de alteração das fezes	3 (6)	36 (72)	11 (22)
14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal	2 (4)	38 (76)	10 (20)
15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia	48 (96)	2 (4)	0
16. Regista ocorrências significativas	7 (14)	28 (56)	15 (30)

Relativamente ao domínio da competência **auto-vigilância**, constituído por sete indicadores, verificamos que a maioria da amostra demonstrou total conhecimento nos indicadores: “*Observa a ostomia de eliminação intestinal*” e “*Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia*”. Face aos indicadores “*Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal*”, “*Identifica as características das fezes*”, “*Identifica sinais de alterações das fezes*”,

“Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação e “Regista ocorrências significativas” a maioria dos participantes da amostra demonstrou menor capacidade de auto-vigilância. Relativamente aos indicadores *“Identifica sinais de alteração das fezes”, “Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal”, “Regista ocorrências significativas”,* uma percentagem significativa dos participantes da amostra não demonstra capacidade de auto-vigilância.

Tabela nº 10 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **interpretação** (N=50).

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)
17.Questiona detalhadamente com o objectivo de encontrar uma explicação.	6 (12)	41 (82)	3 (6)
18.Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.	1 (2)	40 (80)	9 (18)
19.Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes	2 (4)	37 (74)	11 (22)
20.Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar	13 (26)	34 (68)	3 (6)

Em relação ao domínio da competência **interpretação**, constituído por quatro indicadores, verificámos que a maioria dos participantes da amostra, demonstrou apenas parcialmente capacidades de interpretação nos vários indicadores deste domínio.

Tabela nº 11 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **tomada de decisão** (N=50)

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)
21.Estabelece prioridades na tomada de decisão	19 (38)	30 (60)	1 (2)
22.Reconhece as possíveis consequências das suas decisões	14 (28)	35 (70)	1 (2)
23.Preve as complicações da ostomia	5 (10)	39 (78)	6 (12)
24.Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia	2 (4)	42 (84)	6 (12)

No domínio da competência **tomada de decisão**, constituído por quatro indicadores, verificámos que a maioria dos participantes da amostra, demonstrou apenas parcialmente capacidades de decisão nos vários indicadores deste domínio da competência.

Tabela nº 12 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **execução** (N =50).

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)	Não se aplica n (%)
25.Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto	29 (58)	21 (42)	0	0
26.Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional	23 (46)	27 (54)	0	0
27.Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados	20 (40)	30 (60)	0	0
28.Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia	48 (96)	2 (4)	0	0
29.Mede o tamanho da ostomia	50 (100)	0	0	0
30.Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia	50 (100)	0	0	0
31.Desadapta o saco da placa de ostomia (se sistema de 2 peças)	50 (100)	0	0	0
32.Liberta os gases contidos no saco de ostomia	50 (100)	0	0	0
33.Descola a placa de ostomia	50 (100)	0	0	0
34.Limpa a ostomia de eliminação intestinal	50 (100)	0	0	0
35.Lava a pele periestomal	50 (100)	0	0	0
36.Seca a pele periestomal	50 (100)	0	0	0
37.Aplica protectores cutâneos	50 (100)	0	0	0
38.Cola a placa de ostomia	50 (100)	0	0	0
39.Adapta o saco de ostomia (se sistema de 2 peças)	50 (100)	0	0	0
40.Confirma o ajuste do dispositivo	50 (100)	0	0	0
41.Realiza a técnica de irrigação intestinal	1 (2)	2 (4)	23 (46)	24 (48)

Relativamente ao domínio da competência **execução**, constituído por dezassete indicadores, verificámos que a maioria dos participantes da amostra executa os procedimentos práticos à ostomia. Relativamente aos indicadores *“Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto”*, *“Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional”* *“Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados”*, verificámos que, uma percentagem significativa dos participantes da amostra executa os procedimentos de forma parcial nos referidos indicadores. Relativamente à técnica de irrigação intestinal, verificamos que apenas um participante da amostra realizou esta técnica. Dado que a técnica de irrigação intestinal não é aplicável a todas as ostomias. Na nossa amostra os casos onde era possível a sua realização, esta não é executada pela maioria dos participantes (46%) porque não demonstraram conhecimento sobre esta técnica. Salienta-se no entanto que em (48%) dos participantes da amostra a técnica de irrigação intestinal não é aplicável devido ao tipo e localização da ostomia.

Tabela nº 13 - Nível de competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal em cada indicador do domínio **negociação e utilização dos recursos de saúde** (N=50)

Indicador	Demonstra Totalmente n (%)	Demonstra Parcialmente n (%)	Não Demonstra n (%)
42.Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada	0	11 (22)	39 (78)
43.Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento	1 (2)	14 (28)	35 (70)
44.Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia	1 (2)	14 (28)	35 (70)
45.Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde	2 (4)	7 (14)	41 (82)

No último domínio da competência **negociação e utilização dos recursos de saúde**, constituído por quatro indicadores, verificámos que a maioria dos participantes da amostra não demonstra conhecimento em todos os indicadores deste domínio. Verificando-se também em todos os indicadores uma percentagem significativa dos participantes da amostra que demonstra apenas parcialmente conhecimento em todos os indicadores deste domínio.

De uma forma geral o nível da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, que surge totalmente demonstrado no nosso estudo, relaciona-se com o conhecimento e execução prática no cuidado à ostomia, que se evidência nos seguintes indicadores:

- refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal;
- refere qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal;
- refere quais os dispositivos necessários à ostomia;
- refere quando deve proceder à substituição do saco/placa de ostomia;
- observa a ostomia de eliminação intestinal;
- atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia;
- organiza o material necessário para o cuidado à ostomia;
- mede o tamanho da ostomia;
- recorta a placa/penso de acordo com o tamanho da ostomia;
- desadapta o saco da placa de ostomia (se sistema de 2 peças);
- liberta os gases contidos no saco de ostomia;
- lava a pele periestomal;
- seca a pele periestomal;
- aplica protetores cutâneos;
- coloca a placa de ostomia;
- adapta o saco de ostomia (se sistema de 2 peças);
- confirma o ajuste do dispositivo.

3.3 - Associação entre as Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e de Tratamento com os Vários Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal

Terminada a apresentação dos resultados da estatística descritiva, relativamente aos domínios da competência de autocuidado à ostomia, passámos a apresentar os resultados da estatística inferencial sobre a relação das variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento sobre os seis domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

Idade e Anos de escolaridade

Tabela nº 14 - Correlação de Spearman entre a idade e anos de escolaridade e os domínios da competência de autocuidado à ostomia

Correlação		Idade	Anos de escolaridade
Conhecimento	r_s	0, 28	-0, 37
	p	0, 05	0, 02
Auto—vigilância	r_s	0, 28	-0, 33
	p	0, 05	0, 04
Interpretação	r_s	0, 30	-0, 36
	p	0, 04	0, 02
Tomada de decisão	r_s	0, 27	-0, 34
	p	0, 06	0, 03
Execução	r_s	0, 33	-0, 25
	p	0, 02	0, 12
Negociação e utilização de recursos de saúde	r_s	0, 20	-0, 40
	p	0, 17	0, 01

Verificámos que existe uma correlação baixa entre a idade e os domínios da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal **interpretação** ($r_s = 0,30$; $p=0,04$) e **execução** ($r_s = 0,33$; $p =0,02$). Estes valores indicam que com o aumento da idade, diminui a competência de autocuidado à ostomia, nomeadamente no domínio da execução e da interpretação.

Relativamente aos anos de escolaridade verificámos que existe uma correlação baixa entre os anos de escolaridade e os seguintes domínios da

competência: **conhecimento** ($r_s = -0,37$; $p=0,02$), **auto-vigilância** ($r_s = -0,33$; $p = 0,04$), **interpretação** ($r_s = -0,36$; $p = 0,02$), **tomada de decisão** ($r_s = -0,34$; $p = 0,03$). Em relação à **negociação e utilização de recursos** ($r_s = -0,40$; $p = 0,01$) existe uma correlação moderada. Estes resultados indicam que quanto mais anos de escolaridade os participantes da amostra possuíam, mais competência de autocuidado apresentavam nomeadamente nos domínios do conhecimento, da auto-vigilância, da interpretação, da tomada de decisão e da negociação e utilização de recursos de saúde

Estado civil

Tabela nº 15 - Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o estado civil

	Casado (n=34) Média de rank	Solteiro (n=10) Média de rank	Viúvo (n= 6) Média de rank	H (gl) p
Conhecimento	24,21	24,60	34,33	2,61 (2) 0,27
Auto-vigilância	25,20	23,95	29,92	0,81 (2) 0,67
Interpretação	24,56	24,60	32,33	1,87 (2) 0,39
Tomada de decisão	28,32	17,85	22,25	4,86 (2) 0,09
Execução	28,40	13,00	29,92	9,56 (2) 0,01
Negociação e utilização de recursos saúde	27,09	16,40	31,67	7,31 (2) 0,03

Verificaram-se diferenças, com significado estatístico, entre o estado civil e os domínios da competência de autocuidado à ostomia **execução e negociação e utilização de recursos de saúde**. Os valores indicam que os solteiros apresentam média de rank inferior aos outros estados civis. Isto é, observou-se melhor domínio, na **execução** e na **negociação e utilização de recursos de saúde** para o grupo dos solteiros.

Tipo de ostomia (Colostomia/Ileostomia).

Tabela nº 16 - Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o tipo de ostomia

	Colostomia (n=27) Média de rank	Ileostomia (n=23) Média de rank	U	p
Conhecimento	26,22	24,65	291	0,67
Auto-vigilância	25,70	25,26	305	0,91
Interpretação	27,00	23,74	270	0,38
Tomada de decisão	26,30	24,57	289	0,66
Execução	31,65	18,28	145	0,01
Negociação e utilização de recursos de saúde	26,74	24,04	277	0,45

Verificaram-se diferenças, com significado estatístico, entre o grupo dos colostomizados e o grupo dos ileostomizados com o domínio da competência de autocuidado à ostomia **execução**. O grupo dos ileostomizados apresentou média de rank inferior ao grupo dos colostomizados. Isto é observou-se melhor desempenho no domínio **execução** no autocuidado à ostomia para o grupo dos ileostomizados.

Participação em consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório.

Tabela nº 17 - Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e a participação na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório.

	Participou (n=4) Média de rank	Não participou (n=46) Média de rank	U	p
Conhecimento	20,13	25,97	70,50	0,43
Auto-vigilância	14,00	26,50	46,00	0,07
Interpretação	12,50	26,63	40,00	0,04
Tomada de decisão	26,13	25,45	89,50	0,93
Execução	18,25	26,13	63,00	0,29
Negociação e utilização de recursos de saúde	12,38	26,64	39,50	0,03

Encontraram-se diferenças, com significado estatístico, nos domínios da competência **interpretação e negociação e utilização dos recursos de saúde** com o facto de ter participado ou não na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório. Os valores indicam que os participantes da amostra que participaram na consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, apresentaram média de rank inferior em relação aos participantes da amostra que não participaram nessa consulta. Isto é melhor domínio no autocuidado à ostomia nos domínios **interpretação e negociação e utilização dos recursos de saúde**, no período pós-operatório para os participantes da amostra que participaram na consulta de enfermagem de estomaterapia.

Realização da marcação do local de construção da ostomia

Tabela nº 18 - Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e a marcação do local de construção da ostomia

	Realizada marcação (n=2) Média de rank	Não realizada marcação (n=48) Média de rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Conhecimento	23,75	25,57	44,50	0,86
Auto-vigilância	03,00	26,44	03,00	0,02
Interpretação	08,00	26,23	13,00	0,05
Tomada de decisão	13,00	26,02	23,00	0,19
Execução	05,50	26,33	08,00	0,04
Negociação e utilização de recursos de saúde	03,00	26,44	03,00	0,01

Há diferenças, com significado estatístico, no domínio da competência **auto-vigilância, execução e negociação e utilização de recursos de saúde** no pós-operatório e o facto de ter realizado ou não a marcação do local de construção da ostomia no pré-operatório. Os participantes da amostra que realizaram a marcação do local de construção da ostomia, apresentaram média de rank inferior em relação aos participantes da amostra que não realizaram a marcação do local de construção da ostomia. Isto é melhor domínio no autocuidado à ostomia nos domínios referidos anteriormente, no período pós-operatório para os participantes da amostra que realizaram a marcação do local de construção da ostomia.

Contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia

Tabela nº 19 - Análise das diferenças das médias entre os domínios da competência de autocuidado à ostomia e o contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia.

	Teve contacto (n=2) Média de rank	Não teve contacto (n=48) Média de rank	<i>U</i>	<i>p</i>
Conhecimento	23,75	25,57	44,50	0,86
Auto-vigilância	03,00	26,44	03,00	0,02
Interpretação	08,00	26,23	13,00	0,05
Tomada de decisão	13,00	26,02	23,00	0,19
Execução	05,50	26,33	08,00	0,04
Negociação e utilização de recursos de saúde	03,00	26,44	03,00	0,01

Há diferenças, com significado estatístico, no domínio da competência **auto-vigilância, execução e negociação e utilização de recursos de saúde** no pós-operatório e o facto de ter contacto ou não com pessoas ostomizadas antes da cirurgia. Os participantes da amostra que tiveram contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia, apresentaram média de rank inferior em relação aos participantes da amostra que não tiveram esse contacto. Isto significa que existe melhor conhecimento no autocuidado à ostomia, no pós-operatório, nos domínios referidos anteriormente para os participantes da amostra que tiveram contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia.

Dos resultados obtidos, podemos referir que a aquisição da competência de autocuidado à ostomia é influenciada pela idade, pelos anos de escolaridade, pelo tipo de ostomia, pela consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, pela marcação do local de construção da ostomia e pelo contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia.

4 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste capítulo, fazemos a análise da aplicabilidade, pertinência e utilização do instrumento por nós construído, de seguida prosseguimos para a análise e discussão dos resultados obtidos, quer relativos à competência de autocuidado nos seis domínios da competência, quer relativos à análise do estudo das relações das variáveis sociodemográficas, clínicas e do tratamento com os vários domínios da competência.

4.1 - Instrumento de Monitorização do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal

Dos resultados obtidos no nosso estudo, verificámos que o instrumento de avaliação utilizado, permitiu monitorizar e descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, adquirida no período de internamento e demonstrada no momento da alta do internamento.

Consideramos que a utilização do instrumento de avaliação, permitirá que o processo ensino/aprendizagem seja sistematizado e orientado para os seis domínios da competência, proporcionando à pessoa ostomizada o desenvolvimento gradual na aquisição da competência de autocuidado à ostomia, de forma a atingir o máximo de conhecimento nos seis domínios em causa. Permite ainda orientar o enfermeiro no processo de ensino/aprendizagem, promovendo ações de enfermagem organizadas e sistematizadas, que consideramos como ações facilitadoras para o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, esta perspetiva está de acordo com Erwin-Toth (2006), que refere ser fundamental a existência de continuidade, organização e sistematização no processo de ensino/aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal.

O instrumento foi aplicado pelo investigador e pelo enfermeiro responsável pelos cuidados, considerámos que este foi de fácil aplicação e compreensão, não

consumindo muito tempo no seu preenchimento e foi pertinente para avaliar a competência de autocuidado, permitindo uma monitorização sistematizada da competência no autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Depois de considerada a sua aplicabilidade, observando os resultados obtidos na nossa amostra e as suas qualidades psicométricas em termos de consistência e validade interna, constatámos que se mostra um instrumento útil, para a monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, pois permite uma avaliação gradual da pessoa ostomizada ao longo do seu processo de aprendizagem.

O instrumento de monitorização construído pretende-se que seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal durante o seu processo adaptativo. Permite ser aplicado desde a fase pré-operatória, durante o internamento e em qualquer momento de contacto com a pessoa ostomizada na comunidade. Desta forma, consideramos que seria importante o desenvolvimento de futuros trabalhos de investigação nesta área, nomeadamente com a validação do instrumento construído neste estudo.

4.2 - Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal

Determinado o objetivo da segunda fase desta investigação, passámos a descrever a competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal no momento da alta, começando por analisar os indicadores de cada domínio da competência. Através dos resultados obtidos, podemos identificar a competência de autocuidado à ostomia adquirida no período de internamento e demonstrada no momento da alta.

Relativamente ao domínio **conhecimento** a pessoa ostomizada, no momento da alta do internamento, demonstra apenas competência básica, como: *a definição da ostomia (92%), a finalidade da ostomia (96%), refere quais os dispositivos que necessita para o cuidado à ostomia (86%) e quando deve substituir esses dispositivos (88%)*. De facto, este conhecimento pode ser considerado mínimo, no entanto é essencial para a construção inicial de uma base de conhecimento teórico, que a pessoa ostomizada necessita para autocuidar a sua ostomia. Estes dados mostram que as pessoas apresentam capacidades para adquirir conhecimentos, mas não de forma completa, podendo atribuir-se ao facto de, na atualidade, se preconizar tempos de internamento cada vez mais curtos, que limitam o processo

de preparação da pessoa ostomizada, exigindo do enfermeiro uma resposta às necessidades educacionais da pessoa ostomizada num período de tempo que se prevê curto (Colwell, 2007). Atendendo a que a pessoa com ostomia de eliminação necessita de tempo para assimilar e interiorizar conhecimentos, pois de acordo com Meleis (2000) o conhecimento dá poderes àqueles que o desenvolvem, que o usam e também àqueles que dele beneficiam, sendo o tempo médio de internamento de oito dias, consideramos que a pessoa ostomizada não consegue neste período de tempo, assimilar todo o conhecimento e evoluir de forma completa neste domínio.

No que se refere ao domínio **auto-vigilância**, na nossa amostra, verificámos que a pessoa demonstra total competência, em dois indicadores: *observa a ostomia (98%) e atende à capacidade limite de preenchimento do dispositivo (96%)*.

Consideramos que a competência demonstrada nestes dois indicadores se relaciona com o facto de a pessoa, desde início ser estimulada a sentir e a observar a ostomia, assim como a estar atenta ao seu funcionamento. Estes dados também podem atribuir-se à circunstância de serem indicadores de mais fácil perceção, quer pelo toque, quer pelo olhar. Atendendo ainda, que garantir a integridade do dispositivo é uma forma de preservar a sua intimidade, sendo aceitável que a pessoa desenvolva com mais facilidade competência nestes indicadores. No entanto o desenvolvimento da competência global neste domínio, requer da pessoa uma consciencialização para a mudança, o que requer tempo para desenvolver capacidades de auto-vigilância, nem sempre possível em contexto de internamento.

Relativamente ao domínio **interpretação e tomada de decisão** os resultados indicam, que na amostra, os conhecimentos que foram adquiridos se situam no demonstra parcialmente. Estes dados, vêm evidenciar que a pessoa não constrói uma base de conhecimento teórico sólida no autocuidado à ostomia num curto espaço de tempo. Desenvolver capacidades de interpretação e tomada de decisão exige disponibilidade e motivação, o que nem sempre é possível, dado que o stress causado pela criação de uma ostomia, requer prioritariamente uma adaptação à nova condição de vida pelo que só com o tempo a pessoa adquire estas capacidades. Colwell (2007), refere que, sendo as estadias no hospital curtas, isto restringe o tempo de aprendizagem, mais importante ainda, limita o tempo necessário para a pessoa e família assimilar os conhecimentos e habilidades necessárias para uma gestão da ostomia com sucesso.

Consideramos que só através do tempo é que a pessoa consegue experiência, sendo esta, o resultado do conhecimento e habilidades adquiridas, demonstrada por atitudes autónomas. Assim sendo a pessoa com ostomia de eliminação intestinal, no período de internamento inicia um processo de aprendizagem, que

achamos importante ser consolidado com a continuação de cuidados na comunidade.

Relativamente ao domínio da competência **execução**, através dos resultados obtidos nos vários indicadores, verificámos que a maioria da amostra executou, sem dificuldade, os cuidados práticos à ostomia, ou seja, a pessoa ostomizada desenvolve competência neste domínio com mais facilidade em comparação com os outros domínios. Isto provavelmente deve-se ao facto de os enfermeiros orientarem o processo de ensino/aprendizagem para o domínio da execução, por considerarem que este domínio é essencial para que, no regresso a casa, a pessoa seja capaz de executar os cuidados à ostomia de forma autónoma. No entanto, esta prática não significa que os conhecimentos relativo aos outros domínios não sejam transmitidos. Segundo a RNAO (2009), no período pós-operatório, era tradicionalmente aceite que a pessoa ostomizada aprendesse, antes da alta como e quando devia esvaziar o saco, como devia remover e aplicar o saco, os cuidados com a pele circundante à ostomia, as complicações da ostomia / periostomia. No entanto, na Conferencia Ostomy and Continence Nurses (2007), chegou-se a consenso, em resposta às conjecturas atuais na saúde, que a pessoa ostomizada deve possuir no momento da alta, a capacidade de manipular a torneira do saco, e esvaziar/trocar o saco (RNAO, 2009). Analisando os resultados que obtivemos na nossa amostra, verifica-se que correspondem ao descrito por estas organizações no domínio da competência execução, dado que no momento da alta a pessoa com ostomia demonstra habilidades práticas capazes de a tornar independente no autocuidado.

Para terminar, em relação ao domínio **negociação e utilização dos recursos de saúde**, através dos resultados obtidos concluímos que a pessoa ostomizada no momento da alta do internamento, desconhece os recursos de saúde disponíveis na comunidade que podem ajudá-lo no autocuidado à ostomia. Este défice de conhecimentos só se apresenta alterado de forma positiva quando a pessoa teve consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, o que nos leva a considerar que a efetivação desta consulta, influencia a aquisição da competência neste domínio. Esta consulta pretende orientar a pessoa sobre os recursos disponíveis na comunidade para o cuidado à ostomia e são ainda fornecidas informações que permitem à pessoa ostomizada tomar decisões informadas sobre o seu tratamento (Davenport, 2003). Assim, a consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, além de ser uma ação de ajuda é um momento de aprendizagem. Neste sentido, acreditamos que seria importante que todas as pessoas sujeitas a cirurgia com criação de ostomia, tivessem oportunidade de frequentar esta consulta, pois através dela é possível desenvolver competência no

autocuidado à ostomia no pós-operatório. Mediante estes dados acreditamos que é importante implementar ações terapêuticas de enfermagem orientadas para a informação neste domínio, permitindo uma orientação precoce para os recursos disponíveis na comunidade de que a pessoa necessita para o cuidado à ostomia.

Dos resultados obtidos podemos concluir que o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia no período de internamento, foi muito orientada para a aprendizagem de habilidades, sendo este domínio essencial para tornar a pessoa independente no regresso a casa e ser capaz de cuidar da ostomia. No entanto tais resultados revelam que o tempo de internamento no pós-operatório não é suficiente para a pessoa com ostomia de eliminação intestinal desenvolver a competência de autocuidado à ostomia, o que vai de encontro à perspetiva de Meleis (2000), que refere que a competência se desenvolve ao longo do tempo com a experiência. Desta forma, será importante a continuidade de cuidados na comunidade, para a pessoa ostomizada evoluir no desenvolvimento da competência e desta forma atingir a sua autonomia no autocuidado à ostomia.

4.3 - Variáveis Sociodemográficas, Clínicas e do Tratamento que Interferem com os Domínios da Competência de Autocuidado à Ostomia de Eliminação Intestinal

Terminada a apresentação dos resultados relativamente aos domínios, continuamos com a discussão dos resultados com as variáveis sociodemográficas, clínicas e de tratamento que têm significado estatístico com cada domínio da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. Para tal recorreremos a testes estatísticos não paramétricos, porque a nossa amostra cumpre os critérios para estes testes. Tendo por base as médias obtidas de cada domínio da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal, progredimos no estudo para verificar as diferenças em função da **idade**, em cada domínio da competência estudado.

Assim, verificámos que um aumento da idade dos participantes, corresponde a uma diminuição da sua competência de autocuidado à ostomia, nomeadamente no domínio **execução e interpretação**. O tempo de internamento limitado, as restrições financeiras e a necessidade de ensinar uma população cada vez mais diversificada, coloca novos desafios para um ensino eficaz a esta população (Shea, 2001). Com base em estudos não é possível determinar a influência da idade como fator de risco independente, mas a associação de fatores associados indiretamente

à idade, como a diminuição da percepção sensorial, alteração na função cognitiva, diminuição das capacidades motoras finas, são características importantes a ter em conta, na análise da capacidade da pessoa idosa para a gestão dos cuidados à ostomia (RNOA, 2009).

Analisando os nossos resultados, apenas podemos inferir que as pessoas com mais idade, necessitam de mais tempo para treinar e para adquirir capacidades assim como para interpretar dados relativos ao autocuidado à ostomia de eliminação intestinal. Assim o tempo necessário para a aquisição da competência de autocuidado à ostomia varia de pessoa para pessoa, sendo a idade um fator a ter em conta no processo de aprendizagem dado que este é um objetivo que se pretende alcançar até ao momento da alta.

Dos resultados obtidos em função **dos anos de escolaridade** verificámos que quanto mais anos de escolaridade os participantes da amostra possuíam, mais competência de autocuidado demonstraram, nomeadamente nos domínios **conhecimento, auto-vigilância, interpretação, tomada de decisão e negociação e utilização de recursos de saúde**, o que nos leva a concluir que ter capacidades cognitivas para adquirir conhecimentos, compreendê-los, interpretá-los e aplicá-los na prática, tem relação com mais anos de escolaridade. Salientámos que estes domínios da competência são apreendidos somente por algumas pessoas nesta fase. No entanto, podemos verificar que a competência no domínio **executar** foi atingida por todos, o que nos leva a inferir que o treino de técnicas de execução, não obriga a que a pessoa possua níveis de formação elevados. O analfabetismo não é sinónimo de falta de inteligência. A maioria dos adultos que não sabem ler é plenamente consciente da sua limitação. O enfermeiro deve estar desperto para esta situação, de forma a preservar a dignidade e a privacidade da pessoa, e assim adequar as estratégias de ensino (Shea, 2001). Para tal o enfermeiro deve realizar a demonstração prévia dos procedimentos a executar pela pessoa ostomizada. Após esta demonstração deve ser dada oportunidade à pessoa para proceder ao treino dos mesmos procedimentos. Este procedimento deve ser executado as vezes necessárias até à pessoa adquirir capacidade e confiança. Por outro lado, é sensato supor que a capacidade de ler e escrever implica a capacidade de compreender conhecimentos teóricos fornecidos de forma verbal durante o processo de ensino (Shea, 2001). No entanto, não exclui a necessidade da demonstração e treino na execução.

Dos resultados obtidos em função do **estado civil**, verificamos que existe diferenças estatísticas significativas em relação ao domínio da competência **execução e negociação e utilização dos recursos de saúde** constatando-se que os solteiros têm um melhor desempenho no autocuidado à ostomia em relação aos

outros estados civis. Consideramos que este dado pode dever-se ao facto de serem pessoas que gerem as suas vidas de forma independente, pelo que assumem todos os cuidados e não querendo transferir esse papel para outras pessoas, embora tenham família de retaguarda disponível para apoiar. Por outro lado, podemos inferir que estas pessoas são mais jovens, desenvolvendo com mais facilidade a sua autonomia no autocuidado à ostomia.

Em relação ao **tipo de ostomia** (colostomia/ileostomia) verificámos, que os participantes da amostra com ileostomia tem melhor capacidade no domínio **execução** do que os participantes da amostra com colostomia, o que atribuímos à preocupação acrescida dos enfermeiros aquando do processo de ensino/aprendizagem de incutir no doente que este tipo de ostomia requer muita vigilância e cuidados rigorosos de proteção da pele e na substituição dos dispositivos. Por outro lado, podemos considerar, que as pessoas com ileostomia eram participantes da amostra mais jovens, executando os cuidados com rigor tendo sempre a perceção dos cuidados rigorosos de que a presença de uma ileostomia exige. A ileostomia está associada a uma maior incidência de problemas de pele, isto deve-se ao facto de a ileostomia funcionar maioritariamente para fezes líquidas, sendo estas de características alcalinas e ricas em enzimas, causando com facilidade irritações graves e mais precoces na pele (RNAO, 2009).

Em relação à frequência da **consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório**, verifica-se que estes participantes da amostra, apresentam maior capacidade e empenho no domínio **interpretação e negociação e utilização dos recursos de saúde** no pós-operatório. Esta consulta pretende, entre outros aspetos, orientar a pessoa sobre os recursos disponíveis na comunidade para o cuidado à ostomia. As informações fornecidas na fase pré-operatória permitem que a pessoa ostomizada tome decisões informadas sobre o seu tratamento (Davenport, 2003). Acreditamos que a consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, contribui para o processo de assimilação e integração da nova condição por parte da pessoa, sendo promotora de um maior empenho no pós-operatório, dado que o conhecimento prévio, permite à pessoa preparar-se psicologicamente para a alteração da sua imagem corporal e para as repercussões que esta mudança pode ter no seu dia a dia, assim como fornece informações sobre os apoios que pode usufruir após a alta.

Neste sentido, seria importante que todas as pessoas sujeitas a cirurgia com criação de ostomia, tenham oportunidade de frequentar esta consulta, pois através dela é possível melhorar a aquisição da competência no autocuidado à ostomia. Esta consulta possibilita à pessoa obter uma melhor compreensão da ostomia, o seu tratamento e o estímulo para o autocuidado. Segundo Mendonça (2007), na

consulta de enfermagem no pré-operatório, a enfermeira fornece orientações em relação aos cuidados à ostomia, permite uma assistência de enfermagem humana e singular, voltada para as necessidades dos doentes e para a melhoria da sua qualidade de vida.

Dos 50 participantes da nossa amostra, apenas quatro participaram nesta consulta e verificámos que demonstraram melhor capacidade de desempenho, pelo que reconhecemos que seria útil que todas as pessoas candidatas a cirurgia com criação de ostomia fossem orientadas para a consulta de enfermagem de estomaterapia no pré-operatório, atendendo ao facto de que esta consulta facilita o envolvimento pessoal e o processo de aprendizagem no pós-operatório.

Quanto à realização da **marcação do local de construção da ostomia no pré-operatório**, verifica-se que estes participantes da amostra, demonstraram maiores capacidades nos domínios **auto-vigilância, execução e negociação e utilização dos recursos de saúde** no pós-operatório. Salientamos, no entanto, que na amostra de 50 participantes apenas a dois foi efetuada a marcação do local de construção da ostomia. Este dado apesar de pouco representativo, revela a importância da marcação do local de construção da ostomia, dada a demonstração das capacidades destes participantes da amostra ser maior nos referidos domínios. A marcação do local de construção da ostomia pode ser um momento que permite dar informações e orientar a pessoa sobre a ostomia, sendo que estes conhecimentos vão ajudá-la e ter um maior empenho na aquisição da competência de autocuidado à ostomia no pós-operatório, destacando-se mais uma vez aqui a importância do conhecimento prévio que permite um maior envolvimento da pessoa.

Relativamente ao **contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia**, verifica-se que os participantes da amostra que tiveram contacto com pessoas ostomizadas, demonstraram mais capacidades nos domínios **auto-vigilância, execução, negociação e utilização de recursos de saúde**, o que nos permite inferir que a convivência com pessoas ostomizadas, ajuda a melhorar a aceitação, a enfrentar a ostomia de forma menos penosa, o que permite ajudar no processo de adaptação e no desenvolvimento da autonomia no autocuidado no pós-operatório. De facto os dados da nossa amostra revelam que a existência de contactos com pessoas que são ostomizados e se apresentam adaptadas à sua situação, leva a que a pessoa no pós-operatório desenvolva com mais facilidade capacidades nos referidos domínios. De acordo com Lobão (2009) as pessoas com ostomia referem ter sido muito úteis na sua preparação pré-operatória, as conversas com outras pessoas ostomizadas. Estas abordagens são consideradas construtivas no sentido de alertar, preparar e encorajar. Também para Sonobe (2002) a existência de

programas de atendimento ao ostomizado, oferecidos pelo serviço público, contribui muito na adaptação, pelas trocas de experiências entre pessoas ostomizadas, favorecendo aprendizagem nos cuidados à ostomia e a recuperação da autoestima.

Finalizada a análise e discussão dos resultados, passámos às considerações finais, fazendo alusão áquilo que consideramos de maior relevo no desenvolvimento do estudo.

5 - CONCLUSÃO

Este percurso de investigação permitiu-nos explorar uma problemática de grande importância para a prática clínica dos enfermeiros. Possibilitou verificar o potencial de utilidade clínica de um instrumento de avaliação do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

O instrumento criado no seio deste estudo, foi aplicado a uma amostra de 50 pessoas, para a qual, revelou um nível de fidelidade bom (*Alpha de Cronbach* de 0,93), pelo que podemos considerá-lo consistente para avaliar a competência de autocuidado á ostomia.

No domínio da avaliação da competência, os resultados obtidos no nosso estudo mostraram que até ao momento da alta, a pessoa ostomizada *demonstra totalmente* a competência de autocuidado em todos os indicadores no domínio **execução**. Em relação aos domínios **conhecimento e auto-vigilância** verificámos que a competência de autocuidado apenas se *demonstra totalmente*, em alguns indicadores, sendo estes:

- refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal (92%),
- refere qual a finalidade da ostomia de eliminação intestinal (96%),
- refere quais os dispositivos necessários no cuidado á ostomia (86%),
- refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia (80%),
- refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia (88%),
- observa a ostomia de eliminação intestinal (98%),
- atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia (96%).

Relativamente à **interpretação e tomada de decisão**, a maioria da amostra *demonstra parcialmente* competência em todos os indicadores. Por último no domínio **negociação e utilização dos recursos de saúde** a maior parte da amostra *não demonstra* competência.

Da análise destes resultados, consideramos que existem alguns fatores que podem influenciar a aquisição da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, designadamente o tempo de internamento curto, as condições inerentes à pessoa, o conhecimento prévio e o método de ensino adotado pelo enfermeiro.

De facto, verificámos que o domínio **execução**, a pessoa no momento da alta do internamento, apresenta autonomia no autocuidado. Isto provavelmente deve-se

ao facto de os enfermeiros considerarem, nas suas práticas, que este domínio é essencial para que, no regresso a casa a pessoa seja capaz de executar os cuidados à ostomia de forma autónoma. No entanto, este dado não significa que o ensino relativo aos outros domínios não seja efetuado. A demonstração parcial, por parte da pessoa, da competência de autocuidado à ostomia pode ter várias interpretações:

- a informação ser dada no momento em que a pessoa está focalizada para o funcionamento da ostomia e para garantir a integridade do dispositivo, de forma a preservar a sua intimidade;
- o tempo de internamento não ser o necessário e suficiente para que a pessoa ostomizada desenvolva competência de autocuidado à ostomia em todos os domínios estudados;
- a orientação dos enfermeiros no processo de ensino/aprendizagem.

Salientamos no entanto que, na nossa amostra, as pessoas que obtiveram um conhecimento prévio sobre a condição de ostomizado desenvolveram mais facilmente competência nos vários domínios. Este dado, embora baseado num número baixo, permite-nos perceber a importância que este pode ter para a pessoa, sendo por isso uma condição facilitadora neste processo saúde/doença.

No essencial verificámos a existência de algumas necessidades educativas da pessoa no autocuidado à ostomia no momento da alta do internamento, tornando-se fundamental a continuação deste processo educativo na comunidade, nomeadamente com a consulta de enfermagem de estomaterapia.

Na realização do nosso estudo surgiram algumas dificuldades das quais destacamos, o período de tempo estabelecido para se realizar a recolha de dados ser curto e a minha disponibilidade e experiência ser pouca para o desenvolvimento do estudo.

Como limitação ao estudo apontamos o tamanho da amostra ($n=50$) que se deve ao facto de, neste período de tempo, não ocorrerem cirurgias das quais resulta-se uma ostomia de eliminação intestinal, o que a nível da leitura dos resultados não permite a sua generalização.

Em termos de investigação, considerámos importante aplicar este formulário a uma amostra de maiores dimensões, em populações com características semelhantes, que permita validar o instrumento. Também era relevante o desenvolvimento de estudos longitudinais que permitissem avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia de eliminação intestinal ao longo do tempo durante o processo de adaptação à nova condição.

Relativamente às implicações para a prática de cuidados, consideramos que a utilização do instrumento para a avaliação da competência de autocuidado à

ostomia, permite a sistematização e uniformização do processo ensino/aprendizagem, a continuidade de cuidados, em relação ao processo de reabilitação da pessoa ostomizada e promove as boas práticas de enfermagem.

6 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABREU, Wilson Correia – *Transições e contextos multiculturais*. 2.^a ed. Coimbra: Formasau. ISBN 978-989-8269-13-3, 2011.

ANDERSSON, Gun; ENGSTROM, Asa; SODERBERG, Siv – *A change to life: Women's experiences of living with a colostomy after retal câncer surgery*. International Journal of Nursing Practice. Vol. 16, p. 603-608, 2010.

BEKKERS, Marie - *Prospective evaluation of psychosocial adaptation to stoma surgery: the role of self-efficacy*. Psychosomatic Medicine 58.2.183-191, 1996.

BLACK, Pat - *Teaching stoma patients the practical skills for self care*. British Journal of Healthcare Assistants. Vol.4, nº3, p.132-135, 2010.

BROWN, Hannah; RANDLE, Jacqueline - *Living with a stoma: A review of the literature*. Journal of Clinical Nursing. Vol.14, nº11, p.74-81, 2005.

CASCAIS, Ana Filipa; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge – *O impacto da ostomia no processo de viver humano*. Florianópolis. Vol.4, nº3, p.163-167, 2007.

COLLIÈRE, Marie -Françoise - *Promover a vida - da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem*, 2^aed. Lidel, Lisboa, p.385, 1999.

COWELL, Janice; Beitz, Janice - *Survey of Wound, Ostomy and Continence (WOC) nurse clinicians on stomal and peristomal complications: A content validation study*. Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing, Vol.34, nº1, p.57-69, 2007.

DAVENPORT, Rebecca - *Preoperative stoma care*. Inelcoat C (ed) stoma care Nursing Hollister, Berkshire, p. 89-97, 2003.

ERWIN-TOTH, Paula – *Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer*. Seminars in oncology, Nursing. Vol. 22, nº3, p.174-177, 2006.

FLEURY, Maria ; FLEURY, Afonso – *Construindo o conceito de competência*. RAC, p.183-196, 2001.

FREIXO, Manuel João Vaz – *Metodologia científica. Fundamentos Métodos e Técnicas*. 3ª ed. Lisboa: Instituto Piaget, ISBN: 978-989-659-077-2, 2011.

FORTIN, Marie- Fabianne – *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata. ISBN: 978-989-8075-18-5, 2009

GIL, António Carlos – *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GRAY, David – *Doing research in the real world*. Sage Publications, 2004.

GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin – *O Inquérito, Teoria e Prática*. 4ªed. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-120-7, 2005.

HESBEEN, Walter - *A Reabilitação – Criar novos caminhos*. Loures: Lusociência. ISBN:972-8383-43-6, 2003.

HULLEY, Stephen [et al.] – *Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica*. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, ISBN 978-85-363-1361-0, 2008.

ICN, *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Versão 1.0. (CIPÉ® versão 1 – Tradução Oficial Portuguesa), Lisboa, 2006.

GIL, António – *Como elaborar projetos de pesquisa*. 4ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 1995.

LAZARUS, Richard; FOLKMAN, Susan - *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing, 1984.

LOBÃO, Catarina [et al.] -- *Aceitando o contra-natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia*. Referência. II Série II, nº11, p.23-26, 2009.

MARCONI, Marina; LAKATOS, Eva – *Técnicas de Pesquisa*. 7ª ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MAROCO, João - *Análise Estatística com utilização do SPSS*. 3ª ed. Edições Sílabo. Lisboa, 2007.

METCALF, Chris – *Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills*. British Journal of Nursing. Vol.8, n º9, p. 593-600, 1999.

MENDONÇA, Regiane [et al.] - *A importância da consulta de Enfermagem em pré-operatório de ostomias intestinais*. Revista brasileira de cancerologia. Vol.53, nº4, p.431-435, 2007.

MOREIRA, João – *Investigação quantitativa: fundamentos e práticas. Fazer investigação – contributos para a elaboração de dissertações e teses*. Porto Editora, Lda., p.41-81. ISBN: 976-972-0-34-956-9, 2006.

MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. - *Bases Teóricas para Enfermagem*. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora. ISBN 978-0-7817-6283-0, 2007

MELEIS, Afat.; SAWYER, L.M.; IM, E.; MESSIAS, D. K. H. & SCHUMACHER, K. – *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. Advances in Nursing Sciences, 23, 1, 2000.

MOORHEAD, Sue [et al.] – *NOC: Classificação dos Resultados de Enfermagem*. 4ª ed. Rio de Janeiro: Elsevier. ISBN 978-85-352-343-5, 2010.

O`CONNOR, Gloria - *Teaching stoma-management skills: The importance of self-care*. British Journal of Nursing. Vol.14, nº6, p.320-324, 2005.

OE, Ordem dos Enfermeiros – *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual. Enunciados descritivos*. Lisboa, 2001; *Investigação em Enfermagem. Tomada de Posição*. Lisboa, 2006; *Os Enfermeiros Impulsionam o Acesso, a Qualidade e a Saúde*. Lisboa, 2011.

PESTANA, Maria; GAGEIRO, João - *Análise de dados para Ciências Sociais, A Complementaridade do SPSS*. 4ª ed. Edições Sílabo. Lisboa, 2005.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl ; HUNGLER, Bernadette – *Fundamentos de pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização*. 5ªEd. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POPEK, Sarah [et al.] – *Overcoming challenges: life with an ostomy*. The American Journal of Surgery. Vol. 200, p. 640-645, 2010.

PORRET, Theresa - *Questions commonly asked by the patirnt with a newly formed stoma*. In Porret T. Mcgrath A (Eds) *Stoma care* Blackwell P ubllishing Oxford. 114-129, 2005.

RNAO, Registered Nurses Association of Ontario – *Ostomy Care and Management*. Toronto, Canada: Registered Nurses Association of Ontario p. 1-117, 2009.

RIBEIRO, José Luís Pais – *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores, ISBN 972-8449-44-5, 1999.

SHEA, Helen – *Teaching the adult ostomy patient*. Vol.28, nº1 pag.47-54, 2001.

SCHUMACHER, Karen [et al.] – *Family Caregiving Skill: Development of the Concept*. Research in Nursing & Health. Vol. 23, nº3, p. 191-203, 2000.

SERRANO, Cláudia; PIRES, Pedro – *Enfermeiro e o doente ostomizado* – Revista Nursing. Nº 203, Ano16: Edição Portuguesa, 2005.

SIMMONS, kingsley [et al.] – *Adjustment to colostomy: stoma care sef-efficacy and interpersonal relationships*. Journal of Advanced Nursing. Vol. 60, nº6, p.627-635, 2007.

SONOBE, Helena; Barichello, Elizabeth; Zago, Mância - *A visão do colostomizado sobre o uso da bolsa de Colostomia*. Rev Bras Cancerol Julho-Agosto-Setembro. Vol.48 nº3, p. 341-348, 2002.

SOUSA, Maria; BATISTA, Cristina – *Como Fazer investigação, Dissertações, Teses e relatórios*. Lisboa: Pactor – Edições de ciências sociais e política contemporânea. ISBN 978-989-693-0011, 2011.

TOMEY, Ann.; ALLIGOOD, Martha – *Modelos y teorías en enfermería*. 5ªed. Madrid: Elsevier Science, ISBN 84-8174-644-4, 2003.

THORPE, Gabrielle; MCARTHUR, Margaret; RICHARDSON, Barbara – *Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis*. Journal of advanced Nursing. Vol. 65, nº9, p.1778-1789, 2009.

VUJNOVICH, Angela – *Pre and post-operative assessment of patients with a stoma*. Nursing standard. Vol. 22, nº19, p. 50-56, 2008.

WHITE, Craig - *Psychological management of stoma-related concerns*. Nursing standard. Vol.12, nº36. p.35-38, 1998.

WORSTER, Barbara; HOLMES, Susan – *The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study*. European Journal of oncology Nursing. Vol.12, p. 418-424, 2008.

ANEXOS

ANEXO I

Artigo Teórico: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

Resumo

Objetivo: No sentido de se desenvolver uma ação profissionalizada que facilite a vivência do portador de ostomia de eliminação intestinal, é imperativo avaliar as consequências desta nova condição no autocuidado. No contexto de um estudo descritivo, pretende-se identificar os domínios da competência de autocuidado da pessoa ostomizada, face à experiência de transição do tipo saúde-doença, remetendo para o Modelo de Transição de Meleis (Meleis et al., 2000).

Fontes de dados: Revisão da literatura com o contributo da bibliografia de referência na área e com o recurso às bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: Não existem instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal.

Conclusão: A assistência à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser contínua, organizada e sistematizada, por via de instrumentos de avaliação que confirmem rigor ao processo de enfermagem com enfoque no processo diagnóstico, dada a influência que este detém na qualidade do processo de intervenção de enfermagem, e portanto, na qualidade da assistência prestada.

Palavras-chave: autocuidado, ostomia, aptidão e enfermagem.

Development of the self-care skill in the person with a bowel elimination ostomy

Abstract

Purpose: In the way to develop a professionalized action that facilitates the experience of being a bowel elimination ostomy carrier, it's urgent to assess the consequences of this new condition in self-care. In the context of a descriptive study aims to identify areas of responsibility of the person's self-care ostomy patient, given the experience of transition from the health-disease type, referring to the Model Transition Meleis (Meleis et al., 2000).

Sources: Literature revision using the reference literature in the theme and in the data bases cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Results: There are no evaluation tools that allow us to monitor the development of self-care competency of on the person with bowel ostomy.

Conclusion: The help provided to the person with the bowel elimination ostomy must be continuous, organized and systematized, so that the evaluation tools can confer precision to the nursing process with its focus in the diagnosis process, due to the its influence in the quality of the nursing intervention process and therefore in the quality of the provided help.

Tag words: self-care, ostomy, aptitude e nursing.

Desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomia de eliminación intestinal

Resumen

Objetivo: Con el fin de desarrollar una acción profesionalizada que facilita la vida de los pacientes con ostomia de eliminación intestinal, es imprescindible evaluar las consecuencias de esta nueva condición en el autocuidado. En el contexto de un estudio descriptivo tiene como objetivo identificar los campos de competencia de autocuidado de la persona con ostomia, dada la experiencia de la transición desde el tipo de salud-enfermedad, en referencia a la Meleis Modelo de Transición (Meleis et al., 2000).

Fuentes de datos: Revisión de la literatura sobre la contribución de la literatura de referencia en el área y el uso de bases de datos cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Resultados: No hay herramientas de evaluación que permitan monitorear el desarrollo de habilidad de autocuidado de la persona con ostomia intestinal.

Conclusión: La asistencia a las personas con ostomia de eliminación intestinal debe ser continua, organizada y sistemática, por medio de herramientas de evaluación que dan rigor al proceso de enfermería con énfasis en el proceso de diagnóstico, dada la influencia que tiene sobre la calidad del proceso de intervención de los enfermeros, y por lo tanto, en la calidad de la ayuda prevista.

Palabras clave: autocuidado, estomía, aptitud e enfermería.

Introdução

O cancro é responsável por taxas de morbilidade e mortalidade consideráveis, apresentando-se como um grave problema de saúde pública. Prevê-se que em 2020, cerca de 30 milhões de pessoas sejam portadoras de cancro, sendo que aquele que acomete o cólon e o reto – cancro colo-retal - é considerado o quarto tipo de cancro mais comum no mundo e o segundo nos países desenvolvidos (Cascais, Martini e Almeida, 2007). Estima-se que a nível mundial, cerca de um milhão de pessoas com cancro colo-retal sejam submetidas anualmente a cirurgia com construção de ostomia de eliminação intestinal (Simmons et al., 2007).

A realidade acima descrita, associada à situação atual do sistema de saúde, caracterizada por constrangimentos financeiros e pela redução do tempo médio de internamento da

pessoa submetida a ostomia de eliminação intestinal gera novas necessidades em saúde. Estas despoletam aos enfermeiros o desafio de atenderem às necessidades educacionais destes clientes num período de tempo que se prevê escasso (RNAO, 2009), por meio de um processo de diagnóstico de enfermagem rigoroso e efetivo.

A educação à pessoa com ostomia de eliminação intestinal deve ser sistemática e centrada no cliente (RNAO, 2009), com vista ao desenvolvimento da competência de autocuidado que conduzam à autonomia na gestão dos cuidados à ostomia, e portanto, à recuperação da independência e da confiança. A construção de uma ostomia constitui um momento crítico e gera uma transição do tipo saúde-doença, ao constituir o resultado duradouro e visível do tratamento da doença. Percebida pela maioria das pessoas como uma ameaça às atividades de vida diária normais, entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, estas pessoas necessitam de auxílio na gestão deste processo de adaptação, integrando a nova condição – a de pessoa ostomizada (Meleis et al., 2000).

A problemática da pessoa ostomizada constitui uma temática em franca progressão nas últimas décadas, no entanto, a literatura revela-se escassa quando se equacionam questões relativas às reais necessidades educacionais desta população (Goldberg et al., 2010). Este artigo de revisão da literatura reflete sobre as implicações de ser ostomizado, destacando o desenvolvimento da competência de autocuidado como um processo que serve de “trampolim” para a retoma da independência.

Na procura pela melhor evidência sobre o tema em discussão realizou-se uma pesquisa bibliográfica com recurso às palavras-chave, ostomy, stoma e colostomy nas bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index. Foram consideradas elegíveis todas as publicações disponíveis em texto completo, relacionadas com a temática em discussão e que a data de publicação fosse igual ou superior a 2005, além de bibliografia de referência na área em estudo.

A experiência de ser ostomizado

O diagnóstico de cancro tem um efeito significativo nas pessoas, reportado em estudos como o medo da mutilação, da vulnerabilidade e da perda de controlo. A noção de utilidade, equilíbrio e autonomia adquiridos ao longo do desenvolvimento humano encontram-se, portanto, sob ameaça. Deste modo, o diagnóstico de cancro associado à construção de uma ostomia induz um impacto duplo na pessoa, provocado pelo conhecimento do diagnóstico e do tratamento.

A ostomia representa frequentemente um lembrete constante da doença (Erwin-Toth, 2006), sendo para algumas pessoas mais difícil aceitar a ostomia do que a própria doença. Outras, encaram-na como o potencial para a cura, ao constituir-se uma causa inevitável do tratamento.

A vivência da doença oncológica e da construção de uma ostomia implica um sistema complexo de análise e reflexão da própria biografia, cujo significado é construído ao longo das experiências de vida. Associada a repercussões físicas e psicológicas, bem como a repercussões sociais e culturais, são os fatores individuais (internos) e ambientais (externos) a influenciar a forma como a pessoa percebe a ostomia (Pittman, 2011).

A pessoa com ostomia intestinal experimenta uma perda da sua integridade física, uma fragmentação do seu Eu, podendo desenvolver reações de nojo, choque e repulsa face à ostomia. Perante um corpo transformado, diferente em imagem e função – “um objeto estranho” –, a pessoa ostomizada pode desenvolver um sentimento de alienação (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009).

Com o decorrer do tempo, a pessoa ostomizada vai-se consciencializando da mudança na aparência física, na função e sensação corporal (Thorpe, Mcarthur e Richardson, 2009). A visualização do estoma pela primeira vez confronta a pessoa com uma nova realidade, uma diferente *performance* física. A necessidade de se alterar o vestuário e o receio que a bolsa de ostomia seja perceptível aos demais são encaradas pelo ostomizado como uma humilhação (Popek et al., 2010). A alteração na função corporal advém do sentimento de falta de controlo, marcada pela espontaneidade e inesperada saída de fezes e gases pela ostomia, assim como a fuga de fezes pelos dispositivos. Por sua vez, a pessoa ostomizada sente ainda o corpo de forma diferente, com reflexos na sexualidade e nos contactos sociais (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010). Deste modo, a pessoa com ostomia tem medo da rejeição social, o que se repercute na sua auto-confiança, e por isso, na sua autoestima (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010).

As metas individuais, as expectativas, o padrão e estilo de vida da pessoa ostomizada são afetados (Taylor e Morgan, 2010). As mudanças impostas pela ostomia determinam implicações marcantes no quotidiano, exigindo um processo de incorporação da mudança na definição de si enquanto pessoa, num processo de adaptação (Popek et al., 2010; Taylor e Morgan, 2010). Definida como um processo de passagem complicado, a transição caracteriza-se pela reorientação e redefinição do sentido de si mesmo face a eventos de vida negativos (Meleis et al., 2000).

As mudanças na vida, na saúde, no ambiente e nos relacionamentos são responsáveis por transições, as quais resultam e são resultado destas. É pela vivência da transição que a pessoa tem a oportunidade de aumentar o seu bem-estar, ao adaptar-se à mudança (Meleis et al., 2000). A presença de uma ostomia de eliminação intestinal representa uma mudança para a pessoa que a possui, induzindo um processo de transição do tipo saúde-doença, uma vez que a “confeção” da ostomia pressupõe um episódio de doença. O confronto com o diagnóstico de doença e a necessidade de criação de uma ostomia intestinal, seja temporária ou definitiva, gera na pessoa sentimentos ambivalentes, pela dificuldade de avaliar o impacto da ostomia na vida futura. Pouco sabedora da natureza da cirurgia e da competência de autocuidado necessária à gestão da ostomia, a pessoa precisa vivenciar um processo de adaptação à sua nova condição, por forma a integrá-la.

O processo de transição tem um início e um fim distintos e identificáveis (Meleis et al., 2000). A pessoa com ostomia intestinal não se encontra indefinidamente em transição, já que é expectável um ponto de chegada, balizado pelo desenvolvimento da autonomia no domínio do autocuidado à ostomia. Ao longo do processo de transição a pessoa ostomizada vai vivendo experiências capazes de potenciar a sua reabilitação física e psicológica, ajudando-a a encarar a ostomia, não como uma limitação, mas antes como pertença de si (Erwin-Toth, 2006).

Embora com um ponto final identificável, o processo de transição poderá ser novamente desencadeado pelo registo de um evento crítico, e portanto, pela exigência a uma nova

reorganização (Meleis et al., 2000). Estes, considerados pontos de viragem, tornam o processo flexível, pautado por adaptações contínuas às mudanças emergentes.

Uma transição bem-sucedida é suportada por padrões de resposta que incluem indicadores de processo e de resultado. Os primeiros manifestam o grau de eficiência do processo de transição, enquanto os segundos podem refletir a qualidade de vida de quem o experiencia (Meleis et al., 2000).

Na resposta às exigências impostas pela presença da ostomia, a pessoa deverá situar-se nas suas reais necessidades, envolvendo-se e interagindo no processo de adaptação, por via de estratégias de *coping* eficazes. O desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia permitir-lhe-à gerir com confiança os cuidados necessários à ostomia. A pessoa reformulará, assim, a sua identidade, agora de pessoa ostomizada, sendo capaz de aplicar naturalmente no dia a dia a competência de autocuidado à ostomia, sendo. O processo de construção inerente ao desenvolvimento de competências caracteriza-se por ser não rectilíneo, individualmente variável, no qual o tempo tem um papel preponderante (Lobão et al., 2009).

Desenvolvimento de competências de autocuidado à ostomia

A condição ou doença que implique a construção de uma ostomia é frequentemente vivida como uma experiência devastadora, já que a pessoa tem de incorporar a mudança na sua vida diária, com vista à adaptação (Pittman, 2011). A alteração sentida no padrão de eliminação intestinal é uma situação exigente para quem a vivência (Anderson, Engstrom e Soderberg, 2010), originando uma importante e contínua tensão. Esta resulta da necessidade de estabelecer uma rotina de cuidados à ostomia, por um lado e, por outro, pela necessidade de manter a normalidade, sem que a vida quotidiana seja excessivamente transtornada (Beaver et al., 2010).

A ostomia não é geralmente rotulada como uma condição crónica, porém são requeridos à pessoa os mesmos conhecimentos e habilidades de autogestão (RNAO, 2009). O conhecimento, a habilidade e a atitude, quando integrados, são designados de competência (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). Esta, não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. Deste modo, a pessoa com ostomia de eliminação intestinal possui competência de autocuidado quando é capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). No contexto da pessoa ostomizada, o autocuidado pode ser definido como a capacidade da pessoa aplicar na prática, as competências de gestão dos cuidados à ostomia.

O desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia pressupõe o ensino/aprendizagem dessa mesma competência. Para que a aprendizagem seja efetiva é essencial existir mudança de comportamento, refletido na passagem do estado de “não ser capaz de autocuidar a ostomia” para o estado de “ser capaz de autocuidar a ostomia”. Neste processo de aprendizagem, o enfermeiro assume um papel significativo no atendimento a

peças) e descrição breve das pessoas portadoras de ostomia, em especial na identificação das suas necessidades e suas famílias (Dabirian et al., 2010). O ensino de habilidades de gestão à ostomia deverá constituir uma preocupação fundamental do enfermeiro.

As necessidades de informação das pessoas com ostomia variam de forma considerável. O desejo de informação e o tipo e quantidade dessa informação dependem das necessidades singulares de cada um (Beaver et al., 2010). Sobre tal evidência recai a necessidade de se aprimorar a atividade diagnóstica de enfermagem, sob o risco de se prestar uma assistência inadequada. Um estudo bibliométrico realizado por Reveles e Takanashi (2007) identificou a produção científica publicada entre 1970 e 2004 sobre a orientação da pessoa ostomizada, tendo chegado à conclusão que as informações veiculadas na literatura apresentavam sempre a mesma lógica. Esta padronização da informação presente nos estudos em análise revela uma uniformização dos conteúdos ministrados à pessoa ostomizada, sem identificação prévia das suas necessidades educativas.

O estado atual do sistema de saúde, a rápida rotatividade de internamentos versus altas clínicas e por isso, o menor tempo de permanência em contexto hospitalar, juntamente com a vasta gama de profissionais de saúde que contactam com a pessoa ostomizada são fatores responsáveis pela falta de continuidade na assistência, com consequente perda de informação. É fundamental a existência de continuidade, organização e sistematização no processo de aprendizagem da competência de autocuidado à ostomia, dada a sua complexidade (Erwin-Toth, 2006).

Assim, o rigor no processo de enfermagem assume uma importância capital na assistência à pessoa ostomizada. As etapas da avaliação inicial, do diagnóstico e do planejamento são cruciais quando equacionadas questões referentes ao desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia intestinal. A avaliação do conhecimento que a pessoa possui sobre a cirurgia e sobre a ostomia é o primeiro passo neste processo, por permitir, pela interpretação dos dados recolhidos, identificar os diagnósticos de enfermagem presentes. A ausência de um rigoroso processo de diagnóstico culminará num desajustado processo de intervenção de enfermagem, pela influência que o primeiro detém na qualidade do segundo.

Os problemas da pessoa ostomizada são descritos como duradouros e cíclicos, o que implica uma intervenção de enfermagem contínua que responda às necessidades específicas de cada pessoa, contextualizadas num tempo e num espaço. A prestação de assistência a esta população, em diferentes momentos de aprendizagem, alerta para a relevância de instrumentos de avaliação que monitorizem o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa à ostomia. Estes instrumentos constituem uma mais-valia no cuidado à pessoa ostomizada por facilitarem a recolha de dados pertinentes, contribuindo para o processo diagnóstico e de intervenção de enfermagem. A sua utilização diminui, ainda, as fragilidades comunicacionais entre profissionais de saúde, concorrendo, em última instância, para a continuidade dos cuidados de enfermagem.

Muitos estudos têm sido desenvolvidos no sentido de definirem a competência que se espera desenvolvida pela pessoa ostomizada ao longo do período peri-operatório. Assim, existem recomendações para a educação pré-operatória, que passam por uma breve discussão da anatomia e fisiologia do trato gastrointestinal, demonstração do procedimento de troca dos dispositivos (uma ou duas peças) e descrição breve das

alterações no estilo de vida, focando-se a preparação psicológica (Goldberg et al., 2010). Em relação ao período pós-operatório, era tradicionalmente aceite que a pessoa ostomizada aprendesse, antes da alta hospitalar, como e quando devia esvaziar o saco, como devia remover e aplicar o saco e a placa, os cuidados com a pele circundante à ostomia, os efeitos da dieta, as complicações possíveis da ostomia ou peri-ostomia e os cuidados com a roupa (RNAO, 2009). No entanto, na Conferência Ostomy and Continence Nurses (2007), chegou-se ao consenso, em resposta às conjunturas atuais na saúde, que a pessoa com ostomia deve possuir no mínimo a capacidade de manipular a torneira da bolsa (se presente) e esvaziar/trocar o saco (cit. por RNAO, 2009).

É certo que vários estudos de investigação proclamam a pertinência da preparação pré e pós-operatória da pessoa ostomizada com reflexo na sua adaptação à nova condição, no entanto, não explicitam como avaliar as necessidades desta população, como avaliar a sua competência de autocuidado e, por conseguinte, como e qual a melhor forma do enfermeiro lhes dar resposta.

Implicações para a Enfermagem

A Enfermagem concebe como objeto de estudo as respostas humanas envolvidas nas transições geradas por processos de desenvolvimento ou por eventos significativos como a doença. Assumindo esta perspetiva de análise, a intervenção do enfermeiro pode estar intimamente relacionada com esta teoria, na medida em que o enfermeiro é capaz de contribuir para uma vivência positiva do processo de transição. A principal função do enfermeiro é, à luz da Teoria de Transições de Meleis, ajudar a pessoa a gerir as transições na vida (Meleis et al., 2000).

A pessoa ostomizada necessita de reiniciar a sua vida, ser capaz de se autocuidar, manter as suas atividades sociais, interpessoais e de lazer. Algumas destas atividades não são sensíveis à intervenção do enfermeiro, porém, se este conseguir contribuir para a autonomia da pessoa face ao autocuidado, a satisfação das restantes atividades encontrar-se-á facilitada (Worster e Holmes, 2008). Se a pessoa ostomizada não desenvolver as competências mais básicas de autocuidado, nomeadamente aquelas que dizem respeito à gestão dos dispositivos, será pouco provável que consiga superar os obstáculos psicossociais a longo prazo. A pessoa ostomizada que se adapta à mudança, aceita a ostomia, expressa menor receio de constrangimento público, menor nível de limitação funcional, além de deter um maior controlo sobre a ostomia (Simmons et al., 2007).

A adaptação à condição de ostomizado é influenciada significativamente pelo desenvolvimento da competência de autocuidado à ostomia. Na sua ausência ou deficiência, a pessoa ostomizada não conseguirá integrar a nova identidade, dada a perda da autonomia e controlo, assim como a transferência de poder para outrem (Worster e Holmes, 2008).

A pessoa com ostomia intestinal necessita de tempo para assimilar novos conhecimentos e de ensino de habilidades práticas que lhe permitam recuperar a confiança e a independência, assumindo o controlo do seu próprio cuidado. A aprendizagem dos cuidados à ostomia pode ser lenta, já que são necessários tempo e prática para que se desenvolvam habilidades, no sentido da mestria (Erwin-Toth, 2006). Neste processo, a experiência é transformada em conhecimento, habilidades e atitudes, representativas da

esfera cognitiva, psicomotora e afetiva. Cabe ao enfermeiro a responsabilidade de incentivar, apoiar e aconselhar a pessoa ostomizada, para que esta integre os cuidados à ostomia nas suas atividades de vida diária (Reveles e Takahashi, 2007).

O processo de reabilitação da pessoa ostomizada implica uma atividade educativa pré e pós-operatória, que vise a promoção do autocuidado após a cirurgia (Tenani e Pinto, 2007), com benefícios a longo prazo no processo de adaptação. O tempo necessário ao desenvolvimento da independência no autocuidado varia de pessoa para pessoa pelo que, o enfermeiro deve avaliar aquilo que a pessoa com ostomia intestinal sabe, de forma a planear as intervenções a implementar, mediante o estabelecimento de prioridades. A determinação do que ensinar e quando ensinar constitui um passo determinante no sucesso do ensino (Tenani e Pinto, 2007).

Dada a variabilidade e especificidade de cada caso clínico é fundamental uma simbiose entre os cuidados de enfermagem prestados em contexto hospitalar e os prestados na comunidade numa perspetiva de continuidade de cuidados. A prestação de cuidados especializados à pessoa com ostomia começa no pré-operatório, continua no pós-operatório e mantém-se toda a vida (RNAO, 2009). Deste modo, o enfermeiro deve utilizar habilidades de avaliação e resolução de problemas, numa perspetiva holística, que lhe permita ajudar a pessoa a alcançar a independência no autocuidado, comprovada a relação positiva desta com o aumento da saúde e sensação de bem-estar.

Conclusão

A construção de uma ostomia de eliminação intestinal induz no ser portador um processo de transição do tipo saúde-doença que deve ser atendido pelo enfermeiro aquando da sua atividade assistencial. Assim, ao conceber planos individuais de cuidados de enfermagem, fundados em dados obtidos através de instrumentos de avaliação, é possível identificar com rigor as necessidades da pessoa ostomizada na área do autocuidado. O enfermeiro deve avaliar a competência de autocuidado à ostomia que a pessoa apresenta para, a partir desta, estabelecer prioridades e planear as intervenções de enfermagem a executar, tendo ainda o propósito da continuidade de cuidados.

É crucial que o enfermeiro ajude cada pessoa ostomizada a desenvolver competência de autocuidado à ostomia, conhecendo as suas reais necessidades educativas, ao invés de as considerar transversais a todas as pessoas com ostomia.

Deste modo e atendendo à produção científica sobre a temática, caracterizada por informação dispersa e sem sistematização, urge a necessidade da criação de um instrumento de avaliação que permita monitorizar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia, que contribua para uma avaliação efetiva das reais necessidades destes clientes ao longo de todo o seu processo adaptativo e, assim, para a adequação das intervenções de enfermagem.

Referências Bibliográficas

- ANDERSSON, Gun; ENGSTROM, Asa; SODERBERG, Siv (2010) – A change to life: Women's experiences of living with a colostomy after retal câncer surgery. **International Journal of Nursing Practice**. Vol. 16, p. 603-608.
- BEAVER, Kinta [et al.] (2010) – An exploratory study of the follow-up care needs of the patients treated for colorectal cancer. **Journal of Clinical Nursing**. Vol. 19, p. 3291-3300.
- CASCAIS, Ana Filipa Marques Vieira; MARTINI, Jussara Gue; ALMEIDA, Paulo Jorge dos Santos (2007) – O impacto da ostomia no processo de viver humano. **Texto Contexto Enfermagem**. Vol. 16, nº 1, p. 163-167.
- DABIRIAN, Aazam [et al.] (2010) - Quality of life in ostomy patients: a qualitative study. **Dove Press Journal**. Vol. 1, n.º5, p.1-5.
- ERWIN-TOTH, Paula Erwin (2006) – Ostomy Care and Rehabilitation in Colorectal Cancer. **Seminars in Oncology Nursing**. Vol. 22, nº 3, p. 174-177.
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**, p. 183-196.
- GOLDBERG, Margaret et al. (2010) – Management of the Patient With a Fecal Ostomy. **JWOCN**. Vol. 37, nº 6, p. 596-598;
- LOBÃO, Catarina [et al.] (2009) - Aceitando o Contra-Natura? O processo de aceitação do estado de saúde da pessoa com ostomia. **Referência**. Série II, nº 11, p. 23-36.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora.
- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº 9, p. 593-600.
- PITTMAN, Joyce (2011) – Characteristics of the patient with an ostomy. **Journal Wound Ostomy Continence Nursing**. Vol. 38, nº 3, p. 1-9.
- POPEK, Sarah [et al.] (2010) – Overcoming challenges: life with an ostomy. **The American Journal of Surgery**. Vol. 200, p. 640-645;
- REVELES, Audrey Garcia; TAKAHASHI, Regina Toshie (2007) – Educação em saúde ao ostomizado: um estudo bibliométrico. **Esc. Enferm. USP**. Vol. 41, nº 2, p. 245-250.

- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario (2009) - Ostomy Care and Management. **Registered Nurses' Association of Ontario (RNAO)**. [Em linha]. [Consult. 12 Ag. de 2009]. Disponível em WWW:<
URL: http://www.rnao.org/Storage/59/5393_Ostomy_Care_Management.pdf.
- SIMMONS, Kingsley L. [et al.] (2007) – Adjustment to colostomy: stoma acceptance, stoma care self-efficacy and interpersonal relationships. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 60, nº 6, p. 627-635.
- TAYLOR, Claire; MORGAN, Lindsey (2010) – Quality of life following reversal of temporary stoma after retal câncer treatment. **European Journal of Oncology Nursing** p.1-8;
- TENANI, Ana C.; PINTO, Maria H. (2007) – A importância do conhecimento do cliente sobre o enfrentamento do tratamento cirúrgico. **Arq Ciências Saúde**. Vol.14, nº2, p. 81-8.
- THORPE, Gabrielle; MCARTHUR, Margaret; RICHARDSON, Barbara (2009) – Bodily change following faecal stoma formation: qualitative interpretive synthesis. **Journal of Advanced Nursing**. Vol. 65, nº 9, p. 1778-1789.
- WORSTER, Barbara; HOLMES, Susan (2008) – The preoperative experience of patients undergoing surgery for colorectal cancer: a phenomenological study. **European Journal of oncology Nursing**. Vol. 12, p. 418-424.

ANEXO II

Escala Mini-Mental State Examination

Escala de Mini-Mental State Examination (adaptada)

O Mini-Exame do Estado Mental (MMSE) é um teste neuropsicológico e uma escala de avaliação cognitiva, mais amplamente utilizada com essa finalidade.

Como todos os testes breves, apresenta limitações, contudo é válido especialmente na avaliação preliminar dos distúrbios cognitivos para pessoas idosas e com mais de oito anos de escolaridade.

O Mini Exame do Estado Mental – MEEM, baseia-se nos seguintes itens:

- Orientação
- Registo ou Retenção
- Atenção e Calculo
- Memória
- Linguagem

Todos os itens são pontuados com um ponto cada se respondidos correctamente. A pontuação máxima é de trinta pontos.

Considera-se com defeito cognitivo na população Portuguesa:

- **Analfabetos** com score <15 pontos;
- **De 1 a 11 anos de escolaridade** com score <22 pontos;
- **Com escolaridade superior a 11 anos** com score <27 pontos.

Escala de Mini-Mental State Examination (adaptada)

1.1. Orientação (1 ponto por cada resposta correcta)

- 1.1.1. Em que ano estamos? _____
- 1.1.2. Em que mês estamos? _____
- 1.1.3. Em que dia do mês estamos? _____
- 1.1.4. Em que estação do ano estamos? _____
- 1.1.5. Em que dia da semana estamos? _____
- 1.1.6. Em que país estamos? _____
- 1.1.7. Em que distrito vive? _____
- 1.1.8. Em que terra vive? _____

1.1.9. Em que casa estamos? _____

1.1.10. Em que andar estamos? _____

Nota: _____

1.2. Retenção (Repetir as 3 palavras -1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.3. Atenção e cálculo "Ao número 30 subtrair 3 sucessivamente. Mandar parar ao fim de 5 respostas. (1 ponto por cada resposta correcta)

30 _____ 27 _____ 24 _____ 21 _____ 18 _____ 15 _____

Nota: _____

1.4. Evocação (Repetir as palavras do ponto 1.2 - 1 ponto por cada resposta correcta)

Pêra _____ Gato _____ Bola _____

Nota: _____

1.5. Linguagem (1 ponto por cada resposta correcta)

a) **Mostrar o relógio de pulso**

"Como se chama isto?"

Nota: _____

b) **Mostrar o lápis**

"Como se chama isto?"

Nota: _____

c) **Repetir a frase:**

"O rato rói a rolha"

Nota: _____

d) **Pegar no papel com a mão direita, dobrar a meio e colocar na mesa**

(1 ponto por cada etapa bem executada)

Pega no papel com a mão direita _____

Dobra o papel ao meio _____

Colocar o papel na mesa _____

Nota: _____

e) **Leia e cumpra o que diz neste cartão (se for analfabeto, deverá ler-se a frase)**

(Mostrar cartão com a frase: "Feche os olhos" – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

- f) Escrever uma frase com sujeito, verbo e com sentido.

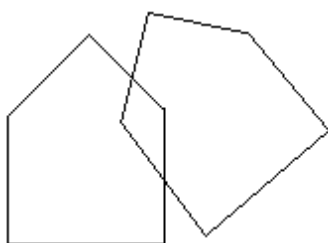
(Erros gramaticais ou ortográficos não contam – pontuada com 1 ponto)

Nota: _____

- g) Copiar o desenho seguinte:

(Tremor e erros de rotação não são valorizados – pontuada com 1 ponto)

Desenho



Cópia

Nota: _____

TOTAL DO TESTE:

ANEXO III

Formulário: Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO - CIRURGICA



FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por:

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO

ID: _____

Data: _____

I - Caracterização sociodemográfica

1. GÉNERO:

¹Masculino ☐

²Feminino ☐

2. IDADE: _____ (anos)

3. ESTADO CIVIL:

¹Solteiro (a) ☐

²Casado (a)/União de facto ☐

³Divorciado(a)/ Separado(a) ☐

⁴Viúvo(a) ☐

4. HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:

¹Não sabe ler nem escrever ☐

²Sabe ler e escrever sem habilitações literárias ☐

³Anos de escolaridade _____

5. SITUAÇÃO PROFISSIONAL ACTUAL:

¹Empregado no activo ☐

²Empregado não activo (baixa, licença) ☐

³Incapacitado permanente para o trabalho ☐

⁴Desempregado ☐

⁵Reformado, aposentado ou em reserva ☐

⁶Estudante ☐

⁷Tarefas domésticas ☐

6. PROFISSÃO ACTUAL:

¹ _____

² Não se aplica ☐

7. HÁ QUANTO TEMPO FOI SUBMETIDO A CIRURGIA PARA CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA:

¹Há menos de 1 mês ☐ Há _____ dias

²Há mais de 1 mês ☐ Há _____ meses

³Aguarda cirurgia ☐

8. DIAGNÓSTICO CLÍNICO ASSOCIADO À CIRURGIA:

¹ _____

² Não sabe responder ☐

9. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL:

¹ Colostomia ☐

² Ileostomia ☐

10. TIPO DE OSTOMIA DE ELIMINAÇÃO INTESTINAL, QUANTO À DURAÇÃO:

¹ Temporária ☐

² Definitiva ☐

³ Não sabe responder ☐

11. TEVE CONTACTO COM PESSOAS OSTOMIZADAS ANTES DA CIRURGIA?

¹ Não ☐

² Sim ☐

12. PARTICIPOU EM CONSULTA (S) DE ENFERMAGEM DE ESTOMATERAPIA NO PRÉ-OPERATÓRIO?

¹ Não ☐

² Sim ☐

13. REALIZADA MARCAÇÃO DO LOCAL DE CONSTRUÇÃO DA OSTOMIA?

¹ Não ☐

² Sim ☐

14. TEM PRESTADOR DE CUIDADOS INFORMAL?

¹ Não ☐

² Sim ☐ Quem?

^{2.1} Cônjuge ☐

^{2.2} Parceiro em união de facto ☐

^{2.3} Filho (a) ☐

^{2.4} Pai ou mãe ☐

^{2.5} Sogro ou sogra ☐

^{2.6} Nora ou genro ☐

^{2.7} Irmão ou irmã ☐

^{2.8} Neto (a) ou bisneto (a) ☐

^{2.9} Avô (ó) ou bisavô (ó) ☐

^{2.10} Outro familiar/ convivente. Qual? _____

II – Avaliação das competências de autocuidado

DOMÍNIOS DA COMPETÊNCIA		AVALIAÇÃO DA COMPETÊNCIA			
A) CONHECIMENTO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal.				
	2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal.				
	3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	5. Refere quais os dispositivos necessários à ostomia.				
	6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia.				
	7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/penso de ostomia.				
	8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada.				
	9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia.				
B) AUTO-VIGILÂNCIA		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	10. Observa a ostomia de eliminação intestinal.				
	11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal.				
	12. Identifica as características das fezes.				
	13. Identifica sinais de alteração das fezes.				
	14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal.				
	15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia.				
	16. Regista ocorrências significativas				

C) INTERPRETAÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	17. Questiona detalhadamente com o objectivo de encontrar uma explicação.				
	18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.				
	19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.				
	20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.				
D) TOMADA DE DECISÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.				
	22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.				
	23. Previne as complicações da ostomia.				
	24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.				
E) EXECUÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.				
	26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.				
	27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.				
	28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.				
	29. Mede o tamanho da ostomia.				
	30. Recorta a placa/ penso de acordo com o tamanho da ostomia.				
	31. Desadapta o saco da placa de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.				
	33. Descola a placa de ostomia.				
	34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.				

E) EXECUÇÃO		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
	35. Lava a pele periestomal.				
	36. Seca a pele periestomal.				
	37. Aplica protectores cutâneos.				
	38. Cola a placa de ostomia.				
	39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).				
	40. Confirma o ajuste do dispositivo.				
	41. Realiza a técnica de irrigação intestinal.				
F) NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DOS RECURSOS DE SAÚDE		Demonstra Totalmente	Demonstra Parcialmente	Não demonstra	Não se Aplica
INDICADORES	42. Negoceia os diferentes recursos disponíveis no apoio à pessoa ostomizada.				
	43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.				
	44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.				
	45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.				

GRATOS PELA SUA PARTICIPAÇÃO.

ANEXO IV

Autorização Institucional para a realização do estudo

Para: ENF.ª ANA MARIA R GOMES De: PEDRO ESTEVES
SERVIÇO DE CIRURGIA – Unidade 1 PRESIDENTE DO CONSELHO DE
ADMINISTRAÇÃO

Fax: Data: 10 DE MARÇO DE 2011

Tel.: Págs.:

Ref.: N/ REF.ª 011/11(008-DEFI/011-CES) CC:

☒ Urgente ☐ Apreciar p.f. ☐ Comentar p.f. ☐ Responder p.f. ☐ Fazer circular p.f.

ASSUNTO: Trabalho Académico no âmbito do Mestrado - “Desenvolvimento de competências de autocuidador da pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal”

Em resposta ao solicitado por V.ª Ex.ª, em 11 de Janeiro de 2011, informo que, após apreciação por parte do Gabinete Coordenador de Investigação/DEFI e da CES, foi emitido **parecer favorável** sobre o assunto em epígrafe pelo que nada há a opor à realização do mesmo nesta Instituição, no Serviço de Cirurgia – Unidade 1, sendo Investigadora Principal a Enf.ª Ana Maria Rodrigues Gomes.

Cumprimentos,


Pedro Esteves
Presidente do Conselho de Administração

* Em todas as eventuais comunicações posteriores sobre este estudo é indispensável indicar a nossa ref.ª.

N.º Interno: 011/11(008-DEFI/011-CES)

Título: "Desenvolvimento de competências de autocuidador da pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal"

SECRETARIADO PARA ESTUDOS DE INVESTIGAÇÃO (SEI)

☐ Recepção no SEI

11/01/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Enviado ao DEFI p/ parecer

13/01/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Enviado à CES p/ parecer

07/02/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Enviado à Direcção Clínica p/ parecer

03/03/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Enviado ao GIAD p/ gestão financeira

/ /

Ass.

☐ Enviado ao CA p/ autorização

10/03/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Devolvido ao proponente s/ critérios de aceitação

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer do DEFI

02/02/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Recebido parecer da CES

16/02/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Recebido parecer da Direcção Clínica

07/03/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Recebido no GIAD

/ /

Ass.

☐ Recebida autorização do CA

10/03/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Informado proponente da decisão

15/03/2011

Ass.

[Assinatura]

09 MAR. 2011

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE (CES)

☐ Recepção na CES

07/02/2011

Ass.

[Assinatura]

Enviado à CEIC, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

☐ Enviado a CFT, p/ parecer (se aplicável)

/ /

Ass.

Parecer da CES ☒ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

16/02/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Recebido parecer da CEIC

/ /

Ass.

☐ Recebido parecer da CFT

/ /

Ass.

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

18/02/2011

Ass.

[Assinatura]

Observações

Apresentada e esclarecida por Dr. J.P. Viçoso em 03.03.2011 *[Assinatura]*

COMISSÃO DE FARMÁCIA E TERAPÉUTICA (CFT)

☐ Recepção na CFT

/ /

Ass.

Parecer da CFT ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

/ /

Ass.

☐ Reenviado à CES

/ /

Ass.

Observações

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO (CA)

☐ Recepção no CA

10/03/2011

Parecer do CA

☒ Autorizado ☐ Não autorizado

☐ Reenviado ao SEI, p/ proceder

14 MAR. 2011

Ass.

[Assinatura]

Observações

DEPARTAMENTO ENSINO, FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO (DEFI)

☐ Recebido no Secretariado do GCI

13/01/2011

Ass.

[Assinatura]

☐ Reenviado ao SEI

01/02/2011

Ass.

[Assinatura]

GABINETE COORDENADOR DA INVESTIGAÇÃO (GCI)

Apreciação do GCI ☐ Favorável ☐ Sob condição ☐ Desfavorável

21 Janeiro 2011

O Gabinete Coordenador de Investigação recebeu o projecto tendo-lhe enviado algumas dúvidas, pelo que foram solicitados esclarecimentos via e-mail. O Gabinete aguarda esclarecimentos para fazer seguir o processo.

[Assinatura]

2 Fevereiro 2011

O GCI recebeu o projecto face aos esclarecimentos recebidos tendo sido enviada uma carta por esclarecer. Foi solicitado esclarecimento e este Gabinete aguarda a sua resposta para dar seguimento a processo. A investigação é informada por e-mail.

[Assinatura]

A investigadora esclareceu sobre as questões colocadas pelo que este Gabinete deu o processo por concluído e fez seguir para a Comissão de Ética para análise dos aspectos éticos.

23 Fevereiro 2011

[Assinatura]

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER

Deliberação	Data: 16/2/2011	Órgão: Reunião Plenária
Título: "Desenvolvimento de competências de autocuidador da pessoa com Ostomia de Eliminação Intestinal"		Ref.ª: 011/11(008-DEFI/011-CES)
Protocolo/Versão:		Investigador: Enf.ª Ana Maria Rodrigues Gomes

A Comissão de Ética para a Saúde – CES do CHP, ao abrigo do disposto no Decreto-Lei n.º 97/95, de 10 de Maio, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização de **Trabalho Académico - Mestrado** acima referenciado:

Ouvido o Relator, o processo foi votado pelos Membros da CES presentes:

Presidente: Dr.ª Luisa Bernardo
Vice-Presidente: Dr. Paulo Maia

Dr.ª Paulina Aguiar, Enf.ª Paula Duarte, Dr.ª Fernanda Manuela, Prof.ª Doutora Maria Manuel Araújo Jorge

Resultado da votação:

<p>PARECER FAVORÁVEL</p> <p>A deliberação foi aprovada por unanimidade.</p> <p>Pelo que se submete à consideração superior.</p> <p>Data 16/2/2011</p> <p>A Presidente da CES</p> <p>Dr.ª Luisa Bernardo</p>	<p>Autorizado</p> <p>7/3/11</p> <p>DR. SEVERO TORRES Adjunto do Director Clínico</p>
--	--

Imp.10/2009

D.E-4/3/11

Modelos: PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Utilize os modelos que forem aplicáveis ao Estudo de Investigação em causa, acrescentando a informação que considerar pertinente.

Trabalho académico de investigação (título)

Desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal.

Presidente do Conselho de Administração do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente do Conselho de Administração do CHP

Ana Maria Rodrigues Gomes, na qualidade de Investigador Principal ☒ Investigador Responsável ☐ Aluno ☐, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

11/01/11

Assinatura

Ana Maria Gomes

Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do CHP

Ana Maria Rodrigues Gomes, na qualidade de Investigador Principal ☒ Investigador Responsável ☐ Aluno ☐, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

11/01/11

Assinatura

Ana Maria Gomes

Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Exmo(a). Senhor(a) Director(a) do Departamento de Ensino, Formação e Investigação do CHP

Ana Maria Rodrigues Gomes, na qualidade de Investigador Principal ☒ Investigador Responsável ☐ Aluno ☐, vem por este meio, solicitar a Vossa Exa. autorização para realizar no Centro Hospitalar do Porto o Estudo de Investigação acima mencionado, de acordo com o programa de trabalhos e os meios apresentados.

Data

11/01/11

Assinatura

Ana Maria Gomes

CENTRO HOSPITALAR DO PORTO
SECRETARIADO
ESTUDOS INVESTIGAÇÃO

11.01.2011

ANEXO V

Carta explicativa do estudo

CARTA DE EXPLICAÇÃO DO ESTUDO

Antes de decidir se vai colaborar neste estudo, deve primeiro compreender o seu propósito, o que se espera da sua parte, os procedimentos que se irão utilizar, os riscos e os benefícios de participar neste estudo.

Pedimos para que leia todo o documento e se sinta à vontade para colocar todas as questões que pretender antes de aceitar fazer parte do estudo.

Ana Maria Rodrigues Gomes, a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico - Cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem do Porto, pretende desenvolver um estudo de investigação sobre **“Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”**. Este estudo tem como objetivos:

1. Construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal;
2. Descrever a competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no momento da alta do internamento.

PARTICIPAÇÃO: A sua participação no estudo é voluntária. Se decidir não tomar parte no estudo, receberá todos os cuidados de enfermagem correspondentes com a sua situação e com os padrões de qualidades do serviço de cirurgia. Se decidir participar, poderá sempre deixar de o fazer a qualquer momento.

PROCEDIMENTO: Se aceitar participar neste estudo, vai-lhe ser solicitado preenchimento de um formulário, onde lhe serão colocadas algumas perguntas sobre o tema em estudo.

RISCOS E BENEFÍCIOS DE PARTICIPAR NO ESTUDO: Não existem quaisquer riscos para os participantes do estudo. Não se prevêem benefícios imediatos. Contudo, a realização do estudo poderá permitir para uma maior e melhor participação das pessoas no seu processo de cuidados de enfermagem.

CONFIDENCIALIDADE: Todos os dados relativos a este estudo serão mantidos sob sigilo. Em nenhum tipo de relatório ou de publicação que eventualmente se venha a produzir, será incluído qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos intervenientes. Após a conclusão do estudo, todos os dados relativos aos intervenientes e que possam conduzir à sua identificação, serão destruídos.

ANEXO VI

Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

Estudo sobre “**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal**”.

Eu, _____ abaixo-assinado, compreendi a explicação que me foi fornecida acerca do estudo em que irei participar, tendo-me sido dada a oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias.

Da informação e explicação que me foi prestada constou a finalidade, os procedimentos, os riscos e benefícios do estudo, sendo-me garantida a confidencialidade da informação.

Por isso, aceito participar no estudo respondendo às questões que forem colocadas durante o preenchimento do formulário. Este procedimento será realizado no serviço de cirurgia no momento da alta clínica hospitalar.

, ____ de _____ de 2011

Assinatura do participante:

Assinatura do entrevistador:

ANEXO VII

Manual de preenchimento do formulário

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DO PORTO

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MEDICO - CIRURGICA



MANUAL DE PREENCHIMENTO DO FORMULÁRIO

**Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa
com ostomia de eliminação intestinal**

Elaborado por :

Ana Gomes (3364)

Carla Silva (2761)

Teresa Cardoso (2775)

2011

Com este documento, pretendemos esclarecer e definir critérios de preenchimento do formulário com o objectivo de uniformizar as respostas e evitar o enviesamento dos dados e posteriormente dos resultados.

No quadro identificação do formulário, o inquiridor deve identificar o número do formulário, conforme prévia codificação. Deve-se também indicar a data da aplicação do instrumento.

I – CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA:

1 – Género

O inquiridor deve indicar se o inquirido é do sexo masculino ou feminino.

2– Idade

O inquiridor deve indicar o número de anos que a pessoa ostomizada possui.

3– Estado Civil

O inquiridor deve indicar o estado civil da pessoa ostomizada, para o qual pode utilizar o seguinte esquema de referência:

Estado civil: *Solteiro(a); casado(a)/ união de facto; divorciado(a); separado(a) e viúvo(a).*

Solteiro(a)	Quem nunca se casou, ou que teve o casamento anulado.
Casado(a)	Quem contraiu matrimónio, independentemente do regime de bens adoptado.
União de facto	É um instituto jurídico que regulamenta a convivência entre duas pessoas sem que a mesma seja oficializada de alguma forma (como, por exemplo, através do casamento civil).
Divorciado(a)	Após a homologação do divórcio pela justiça (por divórcio entenda-se que é a ruptura legal e definitiva do vínculo de casamento civil).
Separado(a)	Separado(a) judicialmente – pessoa que não vive mais com o cônjuge (vive em separação física), mas que ainda não obteve o divórcio, todavia obteve sentença que deliberou decretar a separação judicial dos cônjuges, cessando, assim, os deveres oriundos da sociedade conjugal.
Viúvo(a)	Pessoa cujo cônjuge faleceu.

4 – Habilitações Literárias

O inquiridor regista o nível de escolaridade da pessoa em anos.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

Habilitações literárias: *não sabe ler nem escrever; sabe ler e escrever sem qualquer habilitação literária; 1º ciclo do ensino básico; 2º ciclo ensino básico; 3º ciclo ensino básico; ensino secundário; ensino médio/tecnológico; bacharelato/licenciatura; Mestrado/doutoramento.*

Não sabe ler nem escrever	
Sabe ler e escrever sem habilitações literárias (sem qualquer habilitação)	
1º ciclo do ensino básico	4 anos de escolaridade
2º ciclo do ensino básico	6 anos de escolaridade
3º Ciclo do ensino básico	9 anos de escolaridade
Ensino secundário	12 anos de escolaridade
Curso médio/tecnológico	Curso tecnológico profissional que tem equivalência ao 12º ano
Bacharelato/Licenciatura	Ensino superior.
Mestrado	Grau académico conferido na sequência da conclusão de um 2º ciclo de estudos superiores
Doutoramento	Último curso e mais alto grau académico.

5 – Situação profissional actual

O inquiridor deve indicar a situação profissional actual.

Situação profissional: *Empregado no activo; Empregado não activo (baixa, licença); Incapacidade permanente para o trabalho; Desempregado; Reformado, Aposentado ou em reserva; Estudante; Tarefas domésticas/lar.*

Empregado(a) no activo	Exerce funções numa qualquer atividade profissional
Empregado(a) não activo	Não exerce funções por determinado motivo (licença sem vencimento, baixa médica, etc...)
Incapacidade permanente para o trabalho	Não exerce funções por diminuição permanente das funcionalidades físicas, sensoriais e mentais e da capacidade de trabalho daí decorrente.
Desempregado(a)	Não exerce funções em nenhuma entidade empregadora
Reformado (a)/ Aposentado(a) ou em reserva	Não exerce funções mas continua a receber ordenado mensal relativo aos anos em que trabalhou
Estudante	Actualmente a frequentar estabelecimento de ensino
Tarefas domésticas	Exerce funções dentro da própria casa

6 – Profissão actual

O inquiridor deve indicar a profissão/ocupação da pessoa ostomizada no momento da aplicação do formulário.

A categorização dos dados poderá ser feita de acordo com o esquema de referência:

(Classificação Nacional de Profissões - CNP: <http://www.iefp.pt/formacao/CNP/Paginas/CNP.aspx>)

6.1 - Quadros Superiores da Administração Pública, Dirigentes e Quadros Superiores de Empresa:

- Quadros Superiores da Administração Pública
- Directores de Empresa
- Directores e Gerentes de Pequenas Empresas.

6.2 - Especialistas de profissões intelectuais e científicas:

- Especialistas das Ciências Físicas, Matemáticas e Engenharia
- Especialistas das Ciências da Vida e Profissionais da Saúde.
- Docentes do Ensino Secundário, Superior e Profissões Similares.
- Outros Especialistas das Profissões Intelectuais e Científicas.

6.3. Técnicos e profissionais de nível intermédio:

- Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio das Ciências Físicas e Químicas, da Engenharia e Trabalhadores Similares
- Profissionais de Nível Intermédio das Ciências da Vida e da Saúde
- Profissionais de Nível Intermédio do Ensino
- Outros Técnicos e Profissionais de Nível Intermédio.

6.4 - Pessoal administrativo e similares:

- Empregados de Escritório
- Empregados de Recepção, Caixas, Bilheteiros e Similares.

6.5 - Pessoal de serviços e vendedores:

- Pessoal dos Serviços Directos e Particulares, de Protecção e Segurança
- Manequins, Vendedores e Demonstradores.

6.6 - Agricultores e trabalhadores qualificados de agricultura e pescas:

- Agricultores e Trabalhadores Qualificados da Agricultura, Criação de Animais e Pescas
- Agricultores e Pescadores - Agricultura e Pesca de Subsistência.

6.7 - Operários, artífices e trabalhadores similares:

- Operários, Artífices e Trabalhadores Similares das Indústrias Extractivas e da Construção Civil
- Trabalhadores da Metalurgia e da Metalomecânica e Trabalhadores Similares
- Mecânicos de Precisão, Oleiros e Vidreiros, Artesãos, Trabalhadores das Artes Gráficas e Trabalhadores Similares
- Outros Operários, Artífices e Trabalhadores Similares.

6.8 - Operadores de instalações e máquinas e trabalhadores de montagem:

- Operadores de Instalações Fixas e Similares
- Operadores de Máquinas e Trabalhadores da Montagem
- Condutores de Veículos e Embarcações e Operadores de Equipamentos pesados Móveis.

6.9 - Trabalhadores não qualificados:

- Trabalhadores não Qualificados dos Serviços e Comércio
- Trabalhadores Não Qualificados da Agricultura e Pescas
- Trabalhadores Não qualificados das Minas, da Construção e Obras Públicas, da Indústria Transformadora e dos Transportes.

6.10 – Outros: Qualquer outra ocupação não incluída na Classificação Nacional de Profissões.

6.11 - Não se aplica: não exerce actualmente qualquer profissão.

7 - Há quanto tempo foi submetido a cirurgia para construção da ostomia?

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre o tempo que decorreu desde a criação cirúrgica da ostomia.

7.1. O registo deve ser feito em dias se a cirurgia tiver sido há menos de 1 mês.

7.2. O registo deve ser feito em meses se a cirurgia tiver sido há mais de 1 mês.

7.3. Assinala-se 1 (não) nos casos dos doentes já submetidos a cirurgia e assinala-se 2 (sim) nos casos dos doentes ainda a aguardar cirurgia (pré-operatório).

8 - Diagnóstico clínico associado à cirurgia:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o diagnóstico clínico que justificou a criação cirúrgica da ostomia.

9 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia

9.1 – Colostomia: consiste na exteriorização do intestino grosso, mais comumente do cólon transversal ou sigmóide, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

9.2 – Ileostomia: consiste na exteriorização do intestino delgado/ íleo, através da parede abdominal, para eliminação de gases ou fezes.

10 - Tipo de ostomia de eliminação intestinal, quanto à duração:

O inquiridor deve questionar a pessoa sobre qual o tipo de ostomia, no aspecto do tempo previsto da sua presença.

10.1 – Temporária: pode ser realizada com a finalidade de proteger a anastomose nas regiões pélvicas.

10.2 – Definitiva ou permanente: são indicadas para pessoas que necessitam de amputação do recto para tratamento de tumores extensos do cólon ou de carcinoma rectal.

11 - Teve contacto com pessoas ostomizadas antes da cirurgia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa se, antes de ser proposta para cirurgia de criação de ostomia, já tinha contactado pessoalmente com uma pessoa ostomizada.

12 - Participou em consulta(s) de enfermagem no pré-operatório?

O inquiridor deve perguntar à pessoa participou em alguma consulta de enfermagem de estomatologia no período pré-operatório.

13 - Realizada marcação do local de construção da ostomia?

O inquiridor deve perguntar à pessoa ostomizada se foi realizada marcação do local de construção da ostomia, em contexto de consulta de enfermagem no ambulatório, ou durante o internamento hospitalar.

14 - Existência de prestador de cuidados e relação de parentesco/ afinidade com a pessoa ostomizada:

O inquiridor deve seleccionar a opção, case se adequê, que designa o grau de parentesco/ afinidade entre o prestador de cuidados e a pessoa ostomizada. As opções a seleccionar são: cônjuge; parceiro em união de facto; filho(a), enteado(a); pai ou mãe; sogro ou sogra; nora ou genro; irmão ou irmã; neto(a) ou bisneto(a); avô(ó) ou bisavô(ó); outro familiar ou pessoa convivente.

Cônjuge	Pessoa com quem se partilha matrimónio
Parceiro em união de facto	Pessoa com quem se partilha economia comum há mais de 2 anos
Filho (a)	Descendente biológico no primeiro
Pai	Ascendente biológico do sexo masculino
Mãe	Ascendente biológico do sexo feminino
Sogra	Ascendente biológico do sexo masculino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Sogra	Ascendente biológico do sexo feminino, do cônjuge ou pessoa com quem se partilha economia comum
Nora	Cônjuge ou mulher que partilha economia comum com filho
Genro	Cônjuge ou homem que partilha economia comum com filha
Irmão	Indivíduo de sexo masculino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Irmã	Indivíduo de sexo feminino descendente do mesmo pai e mesma mãe
Neto (a)	Descendente biológico no segundo grau
Bisneto (a)	Descendente biológico no terceiro grau
Avô (ó)	Ascendente biológico no segundo grau
Bisavô (ó)	Ascendente biológico no terceiro grau
Outro familiar/ convivente	Indicar qual, por exemplo: primo, amigo, vizinho

II - AVALIAÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE AUTOCUIDADO

A utilização deste instrumento de medida relativo às competências de autocuidado da pessoa ostomizada implica a avaliação dos seus conhecimentos e habilidades nesta área. O preenchimento do instrumento pressupõe avaliar (questionar e/ ou observar) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência. A avaliação do enfermeiro sobre o desempenho da pessoa deve basear-se nos critérios definidores dos indicadores dos domínios da competência, assinalando como:

- **Demonstra totalmente** – a pessoa ostomizada demonstra totalmente a competência de autocuidado porque cumpre todos os critérios definidores dos indicadores formulados para cada domínio da competência.
- **Demonstra parcialmente** – a pessoa ostomizada demonstra parcialmente a competência de autocuidado porque não cumpre todos os critérios definidores formulados para cada indicador do domínio da competência, mas cumpre pelo menos um deles.
- **Não demonstra** – a pessoa ostomizada não demonstra competência de autocuidado porque não cumpre qualquer um dos critérios definidores para cada indicador do domínio da competência.
- **Não se aplica** – Assinala-se em situações em que não é possível avaliar o indicador do domínio da competência porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado ou porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

CONHECIMENTO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra conhecimentos na área do autocuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

1. Refere o que é uma ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que uma ostomia de eliminação intestinal é:

- Colostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino grosso na parede abdominal.
- Ileostomia: abertura construída cirurgicamente de segmento de intestino delgado na parede abdominal.

2. Refere qual é a finalidade da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que a finalidade da ostomia de eliminação intestinal é:

- Eliminar as fezes e gases para o meio exterior, temporária ou definitivamente.

3. Refere as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que as características normais da ostomia de eliminação intestinal são:

No pós-operatório imediato e mediato é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Perda de algum sangue pela ostomia.

No pós-operatório tardio é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante (ileostomia).
- Aspecto rugoso (colostomia)
- Quente ao toque.
- A ostomia sobressai do nível da pele pelo menos 0,8cm.

4. Refere os sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa deverá referir que os seguintes sinais são indicativos de complicação da ostomia de eliminação intestinal:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia
 - » *cor rosa-claro* - indicativo de anemia
- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdómen: retracção.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajecto da ostomia: hérnia periestomal.
- Edema da ostomia, que se mantém após o período imediato do pós-operatório.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa deve referir que a pele periestomal deve ser lisa e intacta.

Os sinais de complicação da pele periestomal são:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.
- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

5. Refere quais os dispositivos necessários no cuidado à ostomia

A pessoa deverá verbalizar três dispositivos:

- Sacos e placas para ostomias:
 - » Dispositivo de ostomia de sistema de peça única ou duas peças.
 - » Dispositivos abertos ou fechados.
- Protectores cutâneos.
- Barreiras protectoras de pele e acessórios.

6. Refere quando deve proceder à substituição do saco de ostomia

A pessoa deverá referir que o saco de ostomia deve ser substituído diariamente ou quando estiver quase cheio (2/3 da sua capacidade).

7. Refere quando deve proceder à substituição da placa/ penso de ostomia (placa do dispositivo de 2 peças ou placa do dispositivo de peça única)

A pessoa deve referir que a placa de ostomia deve:

- Permanecer aderente à pele no mínimo de 24h e não mais de uma semana (preferencialmente 3 dias).
- Ser trocada quando se encontre suja.
- Ser trocada quando se encontre descolada.
- Ser trocada quando permita o vazamento de conteúdo fecal para a pele.

8. Refere quais os recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada

A pessoa ostomizada verbaliza recursos disponíveis na comunidade à pessoa ostomizada:

- Associações de ostomizados;
- Liga dos ostomizados;
- Consulta de estomaterapia na Instituição de Saúde (se for o caso);
- Equipa de enfermagem da Unidade de cuidados de saúde primários onde está inscrita;
- Laboratórios/ fornecedores de material para ostomizados.

9. Reconhece as suas necessidades na área do conhecimento sobre o cuidado à ostomia

A pessoa reconhece que necessita de informação sobre o cuidado à ostomia.

AUTO-VIGILÂNCIA

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra uma postura de auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

10. Observa a ostomia de eliminação intestinal

A pessoa observa a ostomia de eliminação intestinal quando:

- Não desvia olhar da ostomia aquando a troca dos dispositivos.
- Observa cuidadosa e atentamente a ostomia durante os procedimentos.

11. Identifica as características da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica as características da ostomia de eliminação intestinal quando se refere a:

No pós-operatório imediato e mediato, é considerado normal:

- Edema da ostomia que diminui ao longo do tempo.
- Sangramento pela ostomia.

No pós-operatório tardio, é considerado normal:

- Cor vermelho-rosa escura ou vermelho vivo.
- Tonalidade brilhante.
- Quente ao toque.
- Sobressair do nível da pele pelo menos 0,8cm.

12. Identifica as características das fezes

A pessoa identifica as características das fezes quando:

- Refere a cor das fezes.
- Refere a consistência das fezes.
- Refere o odor das fezes.

13. Identifica sinais de alteração das fezes

A pessoa identifica sinais de alteração das fezes quando:

- Refere alteração na coloração das fezes.
- Refere alteração na consistência das fezes.
- Refere alteração no odor das fezes.
- Refere alteração na frequência da saída das fezes.
- Identifica saída de líquidos estranhos, como muco ou sangue.

14. Identifica sinais de complicação da ostomia de eliminação intestinal

A pessoa identifica sinais de complicação da ostomia quando atende a:

- Alteração da coloração da ostomia:
 - » *cor castanha-preta* - indicativo de isquemia
 - » *cor roxa* - indicativo de falta de irrigação sanguínea à ostomia

» *cor rosa-claro* - indicativo de anemia

- Edema da ostomia.
- Protusão de segmento de alça intestinal através da ostomia: prolapso.
- Ostomia abaixo do plano da pele do abdómen: retração.
- Deiscência parcial ou total da linha de sutura que une a ostomia à pele da parede abdominal: descolamento mio-cutâneo.
- Estreitamento do lúmen da ostomia: estenose.
- Protusão de vísceras abdominais pelo trajecto da ostomia: hérnia periestomal.
- Saída de sangue/sangramento pela ostomia.
- Ostomia fria ao toque.

A pessoa identifica sinais de complicação da pele periestomal quando reconhece:

- Escoriações na pele.
- Eritema.
- Maceração.
- Prurido.
- Presença de máculas e pápulas.
- Presença de ulcerações, tumorações ou granulomas.

15. Atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia

A pessoa atende à capacidade limite de preenchimento do saco de ostomia quando após uma vigilância adequada o troca por se encontrar cheio (mais de 2/3 da sua capacidade).

16. Regista ocorrências significativas

A pessoa regista, por escrito, ocorrências importantes, significativas e pertinentes relativas à ostomia.

INTERPRETAÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra interpretar as situações inerentes ao cuidado à ostomia, traduzida nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

17. Questiona detalhadamente com o objectivo de encontrar uma explicação.

A pessoa ostomizada coloca questões no sentido de dar resposta às suas dúvidas.

18. Refere quais as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da ostomia de eliminação intestinal quando reconhece que:

- A Hemorragia é devida a traumatismo ou a fricção constante da ostomia;

- A Perfuração é provocada por traumatismos repetidos com cânulas ou sondas rígidas, usadas para irrigação da colostomia;
- O Prolapso é frequente em doentes com aumento prolongado da pressão intra-abdominal provocada por tosse ou esforço físico;
- A Estenose ocorre quando o orifício de exteriorização do intestino apresenta uma acentuada diminuição do seu calibre;
- A Eventração ou hérnia periestomal resulta do alargamento acentuado e progressivo do orifício da parede abdominal efetuado para exteriorizar o intestino;
- A Necrose é causada por falta de irrigação da mucosa;
- A Retracção ou afundamento é causada pelo deslizamento do intestino para o interior da cavidade abdominal
- A Evisceração verifica-se quando o orifício da parede abdominal é excessivamente grande relativamente ao tamanho da ostomia;
- A Fístula existe quando há saída de fezes em volta da ostomia.
- A Irritação cutânea é causada por mudanças frequentes dos dispositivos, técnicas de higiene inadequadas e uso incorrecto do material.

A pessoa ostomizada refere as possíveis causas de complicações da pele periestomal:

- Deficientes cuidados de higiene;
- Aplicação de produtos impróprios (álcool, água de colónia, éter);
- Uso incorrecto do material (Inadequação do orifício da placa, quando este é maior do que a ostomia, deixando a pele exposta ao efluente);
- Má localização da ostomia na parede abdominal (próximo a depressões ou relevos) dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- A presença de hérnias periestomais dificultando a aderência da colocação da bolsa;
- Fluido intestinal em contacto com a pele;
- Os fluidos ileais e das colostomias do cólon direito, são mais alcalinas e ricos em enzimas, causando irritações mais graves e mais precoces;
- Alergias ao adesivo ou plástico da bolsa que propiciam a irritação cutânea;
- Presença de complicações da ostomia (retracção, invaginação, fistulas, estenose) que dificultam a adaptação de dispositivos apropriados.

19. Refere quais as possíveis causas de alteração das características das fezes.

A pessoa ostomizada deverá referir que a alteração nas características das fezes pode dever-se a:

- Alimentação;
- Ingestão hídrica;
- Medicação;
- Patologias.

20. Reconhece que os resultados do autocuidado à ostomia influenciam o seu bem-estar.

A pessoa com ostomia de eliminação intestinal atribui significado ao autocuidado, reconhecendo que este é um dos fatores determinantes para o seu bem-estar.

TOMADA DE DECISÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra tomar decisões relativas ao cuidado à ostomia, traduzidas nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

21. Estabelece prioridades na tomada de decisão.

A pessoa no cuidado à ostomia estabelece prioridades aquando da tomada de decisão.

22. Reconhece as possíveis consequências das suas decisões.

A pessoa ostomizada, perante a necessidade de tomar decisões, reconhece antecipadamente que as suas opções acarretam consequências.

23. Prevenir as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada refere que para evitar complicações da ostomia, deve:

- Retirar o saco suavemente de cima para baixo;
- Lavar com água tépida a ostomia e a pele circundante, com ajuda de uma esponja suave embebida em sabão neutro;
- Secar a pele enxugando levemente com ajuda de um toalhete.
- Evitar movimentos de fricção;
- Verificar se a pele ao redor da ostomia está limpa e seca;
- Lavar a ostomia aquando a troca do saco;
- Cortar com tesoura eventuais pêlos que existam à volta da ostomia;
- Recortar o saco/placa ajustado ao tamanho da ostomia
- Colocar o novo saco de baixo para cima;

24. Verbaliza o que fazer para minimizar as complicações da ostomia.

A pessoa ostomizada verbaliza o que fazer para minimizar as seguintes complicações:

Pele vermelha, irritada e com prurido:

- Pedir ajuda especializada ao profissional de saúde;
- Aplicar protectores cutâneos (spray, pasta);
- Aplicar clara de ovo.

Reacção alérgica à placa ou saco:

- Deve dirigir-se ao profissional de saúde, para que lhe seja sugerida outra alternativa.

Sangramento da ostomia ao toque:

- Efectuar a limpeza da ostomia de forma delicada.

EXECUÇÃO

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra executar os procedimentos inerentes ao cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

25. Executa os procedimentos, atendendo ao seu conforto.

A pessoa ostomizada executa os procedimentos de autocuidado atendendo a aspectos que permitem sentir-se confortável:

- Temperatura ambiente;
- Privacidade;
- Postura corporal;
- Acessibilidade ao material necessário.

26. Executa os procedimentos para que o resultado seja esteticamente agradável e funcional.

A pessoa ostomizada tem atenção a aspectos como:

- Boa apresentação dos dispositivos e acessórios;
- Arrumação cuidada e disposição adequada dos dispositivos e acessórios;
- Organização correcta do material a inutilizar ou vestuário sujo para lavar;
- Lavagem adequada das mãos.

27. Gere o tempo na execução de procedimentos para obter os melhores resultados.

A pessoa é capaz de gerir o seu tempo, atendendo à necessidade de:

- Executar os procedimentos com tranquilidade e eficácia;
- Prevenir acidentes e complicações;
- Manter o conforto durante o autocuidado.

28. Organiza o material necessário para o cuidado à ostomia.

Para a execução dos procedimentos de autocuidado, a pessoa ostomizada:

- Organiza antecipadamente o material necessário;
- Durante a execução dos procedimentos é capaz de manter o material acessível e organizado;
- Ao terminar os procedimentos rejeita correctamente o material adequado e arruma o restante.

29. Mede o tamanho da ostomia.

Antes de recortar o dispositivo (se for o caso) a pessoa ostomizada mede o tamanho da ostomia utilizando o molde adequado.

30. Recorta a placa de acordo com o tamanho da ostomia.

A pessoa ostomizada recorta a placa de forma adequada utilizando as medidas do molde e uma tesoura apropriada, eliminando as arestas com ajuda do dedo.

31. Desadapta o saco da placa/penso de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Desadapta o saco da placa de cima para baixo, tendo o cuidado de fazer uma ligeira pressão na placa para esta não se descolar

32. Liberta os gases contidos no saco de ostomia.

Quando adequado, a pessoa ostomizada liberta os gases do interior da saco:

- Desconectando ligeiramente a parte superior do saco (dispositivo de 2 peças)
- Libertando os gases pela torneira do saco ou outro orifício do saco (se dispositivo único).

33. Descola a placa/ penso de ostomia.

Descola a placa do abdómen, esticando ligeiramente a pele e fazendo o movimento de cima para baixo.

34. Limpa a ostomia de eliminação intestinal.

Remove o excesso de fezes com papel higiénico (se necessário) e lava a ostomia com água tépida e sabão neutro, preferencialmente com toalha macia.

35. Lava a pele periestomal.

Lava a pele periestomal com água tépida e sabão neutro, tendo o cuidado de observar as características da pele.

36. Seca a pele periestomal.

Após a lavagem da pele, tem o cuidado de a secar correctamente, preferencialmente com toalha macia.

37. Aplica protectores cutâneos

Atendendo às características da pele, tem o cuidado de aplicar protectores cutâneos, como barreiras de protecção ou clara de ovo.

38. Cola a placa/ penso de ostomia.

Depois de bem seca a pele, a pessoa ostomizada cola a placa no abdómen, fazendo o movimento de baixo para cima, mantendo pressão com os dedos sobre a área da placa que fixa à pele.

39. Adapta o saco de ostomia (se dispositivo de 2 peças).

Adapta à placa o saco de ostomia, fazendo o movimento de baixo para cima. Fecha a torneira/ outro orifício do saco, se for o caso.

40. Confirma o ajuste do dispositivo.

Tem o cuidado de adaptar o aro da placa ao do saco e pressionar até ouvir um estalido, confirmando a adaptação com um leve puxão no saco.

41. Realiza a técnica de irrigação intestinal

A pessoa ostomizada que realiza a técnica de irrigação intestinal:

- descreve os passos da técnica de irrigação;
- identifica a altura adequada da base do irrigador, tomando como base seu próprio ombro, estando sentada ou em pé;
- reconhece que a água morna é a temperatura adequada;
- introduz o cone na ostomia, após a retirada do ar do sistema;
- introduz e mantém o cone na colostomia, de forma adequada, sem comprimi-la e sem deixar vazar água;
- infunde a água em velocidade contínua, durante um período de 5 a 10 minutos;
- impede a entrada de ar no intestino, ao encerrar a fase de infusão;
- reconhece e consegue solucionar os principais problemas que podem ocorrer durante e após a irrigação;
- descreve os cuidados de conservação e limpeza do equipamento para a irrigação.

NEGOCIAÇÃO E UTILIZAÇÃO DE RECURSOS

Neste domínio de competência pretende-se avaliar se a pessoa demonstra pretender negociar/ utilizar ou demonstra negociar/ utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia, traduzidos nos critérios definidores dos indicadores seguintes:

42. Negoceia os serviços adequados da comunidade para adquirir o material necessário ao cuidado da ostomia.

A aquisição do material na Unidade de saúde é efectuada tendo em conta os seguintes aspectos:

- O local de fornecimento de material depende do sistema de saúde da pessoa ostomizada:
 - a) utente do Sistema Nacional de Saúde – Centro de saúde;
 - b) utente com outro subsistema – Farmácia, usufruindo de comparticipação, mediante apresentação de receita médica;
 - c) Farmácia ou outro estabelecimento comercial (não usufruindo de comparticipação) por opção própria.

- Contacta antecipadamente os serviços da comunidade para garantir o fornecimento do material necessário ao cuidado à ostomia (se for o caso).
- Recorre atempadamente ao serviço de saúde para adquirir o material necessário ao cuidado à ostomia.

43. Recorre aos serviços de saúde para esclarecimento de dúvidas e/ ou aconselhamento.

Perante situações que suscitem dúvidas ou existe necessidade de aconselhamento, a pessoa ostomizada:

- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para esclarecimento de dúvidas.
- Contacta o enfermeiro/ estomaterapeuta para pedir conselhos e/ ou informações relativas ao material ou procedimentos associados ao cuidado à ostomia.
- Participa em grupos de apoio ao ostomizado (exemplos: associações na área, Liga dos ostomizados, projectos das Unidades de Cuidados na Comunidade).

44. Recorre oportunamente aos serviços de saúde face a complicações da ostomia.

Perante complicações associadas à ostomia, a pessoa ostomizada contacta oportunamente os profissionais de saúde adequados.

45. Avalia o cuidado prestado pelos serviços de saúde.

A pessoa ostomizada é capaz de avaliar os cuidados prestados pelos serviços de saúde na área do cuidado à ostomia, nomeadamente nas áreas:

- Acessibilidade;
- Tempo na resposta a pedidos de colaboração;
- Eficácia dos cuidados prestados;
- Empatia com os profissionais de saúde.

ANEXO VIII

Artigo: Processo de Construção do Instrumento de Avaliação do
Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada

Instrumento de Avaliação do Desenvolvimento da Competência de Autocuidado da Pessoa Ostomizada - Processo de Construção

Resumo

É inegável o papel do enfermeiro perante as necessidades de desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal. A sistematização da avaliação permite adequar estratégias de intervenção, cuja eficácia promove a qualidade de vida do ostomizado.

Objetivo: A correta avaliação da competência de autocuidado da pessoa ostomizada é essencial para a adequação do plano de recuperação. O estudo a que se reporta este artigo, dedicado à construção de um instrumento de avaliação da competência de autocuidado do ostomizado, poderá impulsionar um carácter científico nesta área.

Fontes de dados: Revisão da literatura com o contributo bibliográfico de referência na área, com o recurso às bases de dados cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discussão: O equilíbrio que se pretende no processo de transição saúde-doença do ostomizado deve fundamentar-se na aplicação de instrumentos de avaliação da competência de autocuidado. Instituir a avaliação durante a adaptação do ostomizado à nova condição, permite identificar necessidades educativas, facilitando novas estratégias de intervenção (Borwell, 2009).

Conclusão: Em enfermagem, exige-se a profissionalização das práticas, sendo a avaliação da competência de autocuidado do ostomizado um desafio para a melhoria dos cuidados.

Palavras-chave: avaliação, ostomia, aptidão, autocuidado.

Assessment Tool for Development of Competence Self-Care of the Ostomate - Building Process

Abstract

It's undeniable the nurse's role before the necessity to develop self-care competencies of the person with a bowel elimination ostomy. The systematization of the evaluation allows us to adapt intervention strategies that can promote life quality to the person with the ostomy.

Purpose: The proper self-care competencies evaluation of the person with an ostomy is essential to adapting the recovery scheme. The study reports that this article is dedicated to building a tool for assessing the competence of self-care ostomate, could boost a scientific nature in this area.

Sources: Literature revision using the reference literature in the theme and in the data bases cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discussion: The balance we pretend in the health/illness transition process of the ostomy carrier must justify itself in the appliance of the self-care competencies evaluation tools. To instruct the evaluation during the ostomy carrier adaptation to its new condition allows us to identify educational needs, easing new intervention strategies (Borwell, 2009).

Conclusion: In nursing, it is demanded the professionalization of the practices, being the self-care competencies evaluation of the ostomy carrier a challenge to the care improvement.

Tag words: evaluation, ostomy, aptitude, self-care.

Herramienta de Evaluación para el Desarrollo de Competencia de Autocuidado de la Persona Ostomizada - Proceso de Construcción

Resumen

No se puede negar el papel de los enfermeros ante las necesidades de desarrollo de habilidades de autocuidado de la persona con ostomía de eliminación intestinal. La sistematización de la evaluación permite adaptar las estrategias de intervención y su eficacia promueve la calidad de vida del ostomizado.

Objetivo: La evaluación precisa de las habilidades de autocuidado de la persona con ostomía es esencial para la adecuación del plan de recuperación. El estudio se refiere este artículo, dedicado a la construcción de una herramienta para evaluar la competencia de autocuidado del ostomizado, puede impulsar un carácter científico en esta área.

Fuentes de datos: Revisión de la literatura sobre la contribución de la literatura de referencia en el área y el uso de bases de datos cinahl, web of science, science citation index, social citation index, conference proceedings citation index.

Discusión: El equilibrio que se busca en el proceso de transición salud-enfermedad de la persona con ostomía debe basarse en la aplicación de instrumentos para evaluar las habilidades de autocuidado. Establecer la valoración, en la adaptación a la nueva condición de ostomizado, identifica las necesidades educativas, lo que facilita nuevas estrategias de intervención (Borwell, 2009).

Conclusión: En la enfermería, se requiere la práctica profesional, siendo la evaluación de las habilidades de auto-cuidado al ostomizado un reto para mejorar los cuidados.

Palabras clave: evaluación, estomía, aptitud, autocuidado.

Introdução

Entende-se que, à luz da Teoria de Transições de Enfermagem, as pessoas submetidas à construção cirúrgica de uma ostomia de eliminação intestinal estão envolvidas num processo de transição do tipo saúde-doença (Meleis et al., 2000), o qual gera a necessidade de adoção de estratégias de adaptação. Nesta fase, é determinante o desenvolvimento de competências no domínio do autocuidado, face às implicações físicas e psicológicas que advêm do processo de construção da ostomia de eliminação. A pessoa ostomizada apresenta respostas específicas face à sua nova condição de vida, podendo os enfermeiros ajudar efetivamente este tipo de doente (Albuquerque et al., 2009). A promoção

antecipada das competências de gestão do autocuidado pode favorecer o ajustamento equilibrado da pessoa à sua nova condição (O'Connor, 2005). É crucial que o enfermeiro apoie o ostomizado neste processo, conhecendo a individualidade das suas necessidades educativas e investindo numa abordagem orientada para o nível de desenvolvimento de competências que a pessoa vai adquirindo.

Atualmente a exigência de um internamento hospitalar de curta duração, subsequente da necessidade de gestão de altas, confronta o enfermeiro para a necessidade de adoção de práticas sistematizadas que garantam, em tempo útil, a aquisição mínima de conhecimentos e habilidades por parte do ostomizado (RNAO, 2009). A decisão da alta hospitalar passa pela validação responsável do enfermeiro que acompanha o processo de desenvolvimento de competências do doente desde o período pré-operatório. Neste sentido, é perceptível a importância do processo de avaliação do desenvolvimento das competências de autocuidado para que a definição de um diagnóstico, a este nível, seja um procedimento rigoroso e efetivo.

A produção científica sobre o processo de avaliação das competências de autocuidado da pessoa ostomizada é caracterizada por informação dispersa e sem sistematização. Esta realidade determina a necessidade da criação de instrumentos de avaliação que permitam monitorizar o desenvolvimento de competências a este nível, ao longo de todo o processo adaptativo da pessoa ostomizada, desde o pré-operatório até à sua vivência na comunidade. O desenvolvimento de padrões de observação e a sistematização da documentação, referente ao processo de aquisição de competências do ostomizado, permite ao enfermeiro identificar precocemente as necessidades específicas e adequar eficazmente as intervenções. Esta metodologia pró-ativa favorece a melhoria da qualidade de vida da pessoa ostomizada (Colton et al., 2005) e promove a profissionalização dos cuidados de enfermagem.

Face ao exposto, encontra-se em curso um estudo cujo tema é o “Desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal”. Um dos objetivos deste trabalho é o de construir um instrumento de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal no sentido de responder à questão de investigação - Como avaliar as competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal definitiva ou temporária? Neste artigo pretendemos descrever a metodologia utilizada na construção do instrumento, associado ao estudo mencionado, e qual a sua pertinência para a prática de enfermagem e futuras investigações nesta área.

Com este artigo pretendemos dar visibilidade a um estudo, que se realiza no contexto de um curso de mestrado em enfermagem, com o qual esperamos contribuir para o desenvolvimento da investigação no domínio da avaliação do autocuidado da pessoa ostomizada.

Metodologia - Construção do instrumento

Descrever o processo de construção do instrumento acima citado, implica uma nota prévia sobre a relação de dependência entre a investigação, a teoria e a prática. Esta é explicada por Fortin (2009), quando refere que a investigação reúne a disciplina como campo de conhecimentos, a teoria como campo de organização dos conhecimentos e a prática

profissional como campo de intervenção e de investigação. Ora, foi precisamente na e da prática profissional, enquanto enfermeiras na assistência a pessoas ostomizadas, que emergiram as primeiras interrogações acerca da problemática, as quais vieram mais tarde a impulsionar a realização deste estudo de investigação.

O contacto diário e direto com pessoas com ostomia de eliminação intestinal, na vivência de um processo de transição do tipo saúde/ doença, desencadeou a necessidade de avaliarmos as suas competências de autocuidado, no sentido de monitorizarmos o desenvolvimento destas ao longo do processo de adaptação da pessoa à nova condição – a de ostomizada. Conscientes do que pretendíamos conhecer e sabedoras que a nossa questão de investigação determinaria o desenho do estudo e o método a utilizar, demos início à pesquisa da evidência subordinada ao tema.

Perante a escassez de instrumentos de monitorização do desenvolvimento de competências de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal e perante informação dispersa e sem sistematização, pareceu-nos válida a construção de um instrumento orientado para esta vertente. Este responderia a preocupações atuais, mostrando-se útil para a prática profissional dos enfermeiros, ao contribuir para o avanço do conhecimento científico nesta área de interesse.

Para darmos início à construção do instrumento propriamente dito, baseamo-nos nos passos definidos por Hulley e colaboradores (2008) para a construção de instrumentos para estudo. Assim, sentimos necessidade de definir, à priori, o conceito de competência e autocuidado, na medida da sua importância no estudo em questão. Freixo (2011) explica que a primeira etapa da construção de um instrumento de medida é a definição precisa dos conceitos, nos quais as questões de investigação se apoiam.

Consideramos que a competência é a integração do conhecimento, da habilidade e da atitude (Bloom et al., 1956, cit. por Metcalf, 1999). A competência não se limita apenas à demonstração da capacidade cognitiva, psicomotora ou afetiva, é antes a aplicação conjunta destas ao contexto, podendo ser entendida como um saber em ação. A pessoa com ostomia de eliminação intestinal possuirá, portanto, competência de autocuidado quando for capaz de mobilizar, integrar e transferir os conhecimentos, recursos e habilidades para o cuidado à ostomia (Fleury e Fleury, 2001). Por sua vez, o termo autocuidado refere-se à função humana que regula o que é uma ação deliberada para garantir ou até suprir as necessidades inerentes à continuidade da vida, ao crescimento e desenvolvimento, assegurando a integridade humana (McEwen e Wills, 2009). Estabelecendo novamente o paralelismo com o contexto da pessoa ostomizada, poderá definir-se autocuidado como a capacidade da pessoa aplicar na prática as competências de gestão dos cuidados à ostomia (O'Connor, 2005).

Definidos os conceitos a operacionalizar, procede-se à sua decomposição e seleção dos indicadores que determinarão as questões a colocar (Freixo, 2011). Para tal, além de recorrermos ao conhecimento científico atual pertinente na área, também nos socorremos da Classificação dos Resultados de Enfermagem (Nursing Outcomes Classification - NOC), dado o seu alto valor conceptual.

O recurso à NOC permitiu-nos identificar alguns indicadores a considerar aquando a construção do instrumento citado. Assim, na área do *“conhecimento: cuidados com a ostomia”*, selecionamos como indicadores pertinentes, a descrição do funcionamento da

ostomia, a descrição da finalidade da ostomia, a descrição do cuidado com a pele ao redor da ostomia, a descrição da técnica de irrigação, a descrição do procedimento de troca ou esvaziamento do conteúdo da bolsa de ostomia, a descrição das complicações relacionadas à ostomia e à pele, a descrição da periodicidade para troca da bolsa de ostomia e a descrição dos suprimentos necessários para o cuidado com a ostomia. Relativamente à área do *“autocuidado de ostomia”*, selecionámos os seguintes indicadores: descreve o funcionamento da ostomia, descreve a finalidade da ostomia, mostra-se confortável em olhar para a ostomia, demonstra cuidado com a pele ao redor da ostomia, demonstra técnica de irrigação adequada, esvazia a bolsa de ostomia, troca a bolsa de ostomia, monitoriza complicações com a ostomia, monitoriza a quantidade e consistência das fezes, segue esquema para troca de bolsa, obtém suprimentos para cuidados com a ostomia e procura profissionais para assistência, se necessário.

Determinado o que pretendíamos medir e munidos de indicadores válidos extraídos da literatura na área, da NOC e da nossa experiência profissional, passamos para a construção propriamente dita do instrumento. A panóplia de informação reunida forçou-nos à sua organização. Freixo (2011) defende que nesta fase é interessante e sobretudo útil, a consulta de outros instrumentos de medida que tratem temas similares ou conexos, de forma a aproveitar-se a experiência dos outros e assim, tomar consciência de certas formulações.

Seguindo esta orientação, utilizamos a lógica de um instrumento já existente, criado por Schumacher e colaboradores (2000) que avalia a habilidade de cuidar do prestador de cuidados informal, fazendo referência às nove dimensões desse papel. A cada uma dessas dimensões correspondem indicadores que não são menos do que, características observáveis face ao cuidado prestado, refletindo o nível de habilidade com que o cuidado é realizado. Schumacher e colaboradores (2000) elegeram a monitorização/acompanhamento, a interpretação, a tomada de decisões, a atuação/execução, a realização de ajustes/acertos, a providência de recursos, a prestação de cuidados, o trabalho em conjunto com a pessoa doente e a negociação com o sistema de saúde como as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal.

Para Schumacher e colaboradores (2000), a habilidade da família para cuidar é definida como a capacidade desta reunir de forma fluída e eficaz as nove dimensões do papel de prestador de cuidados informal, consideradas essenciais no processo de prestação de cuidados. Para os autores, é esperado que a família observe o recetor dos cuidados, de forma a identificar possíveis mudanças na sua condição (monitorização); reconheça e compreenda as alterações no curso normal ou esperado da sua condição clínica (interpretação); escolha um percurso de ação, assente na observação e interpretação da situação (tomada de decisões); aja de acordo com a decisão tomada, respeitando as instruções (atuação/execução); refina progressivamente a sua forma de cuidar até encontrar estratégias eficazes (realização de ajustes/acertos); obtenha recursos necessários à prestação de assistência, desde informação e equipamentos (providência de recursos); preste os cuidados com delicadeza, obtendo resultados esteticamente agradáveis, atendendo à segurança e conforto do doente (prestação de cuidados); entenda o cuidar como um processo de partilha, estando sensível à personalidade do doente (trabalho em conjunto) e assegure as necessidades do recetor (negociação com o sistema de saúde).

De igual modo, a natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios, fazendo corresponder indicadores a cada um, já que, como afirmam Schumacher e colaboradores (2000), a compreensão das propriedades e dimensões da competência passa por identificar os indicadores de mudança. Acompanhando o mesmo raciocínio, identificámos o conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde como os seis domínios basilares da competência de autocuidado à ostomia, fazendo corresponder a cada um deles indicadores definidos e reunidos já numa fase anterior.

A construção de um instrumento de avaliação responde a um dos objetivos do estudo de investigação em questão, sendo importante, neste contexto, explorar a noção de medida. A medida tem um papel determinante na investigação e, segundo Fortin (2009), a sua definição exige que o investigador clarifique os conceitos a medir, as unidades e regras de medida. Neste sentido, emerge a operacionalização dos conceitos, implicando que os mesmos se tornem explícitos com a definição das suas dimensões e indicadores utilizados para os medir.

No que se refere à avaliação do conhecimento, pretende-se verificar quais as concepções teóricas que a pessoa possui relativas ao autocuidado da ostomia. Os indicadores de resultado referentes a este domínio passam pela verbalização, por parte da pessoa, de aspetos como o conceito de ostomia, finalidade, características e sinais e sintomas de complicação das fezes, ostomia e pele periestomal. Neste domínio pretende-se também avaliar se a pessoa ostomizada sabe quais os dispositivos necessários ao cuidado à ostomia, se verbaliza corretamente quando estes devem ser substituídos e se reconhece as suas necessidades na área do conhecimento e quais os recursos disponíveis na comunidade.

Os indicadores do domínio da auto-vigilância são utilizados para avaliar que tipo de competências a pessoa demonstra ao nível da auto-vigilância relativa ao cuidado à ostomia. Ao inquiridor cabe observar as atividades desenvolvidas durante procedimentos relativos à auto-vigilância como a identificação por parte do ostomizado de características, sinais de complicação das fezes e/ ou da ostomia, momento adequado para a substituição de material e a capacidade de registo de intercorrências, decorrentes do autocuidado.

A interpretação é outro domínio da competência em avaliação, cuja condição se manifesta pela capacidade da pessoa em interpretar as situações associadas ao cuidado à ostomia. A capacidade de interpretar pressupõe que a pessoa seja capaz de colocar questões e referir possíveis fatores relacionados a alterações ou complicações inerentes ao autocuidado.

A avaliação do domínio da tomada de decisão considera a capacidade da pessoa para decidir no contexto do autocuidado. A apreciação dos critérios definidores deste domínio é feita pela verbalização de procedimentos associados ao estabelecimento de prioridades, reconhecimento de implicações das decisões da pessoa e prevenção de complicações.

No domínio da execução pretende-se avaliar se a pessoa executa os procedimentos expectáveis ao cuidado à ostomia, traduzidos em critérios definidores como o cuidado em relação ao conforto, à estética, à gestão do tempo e organização de material. Pressupõe-se também a avaliação dos procedimentos da pessoa ostomizada durante a técnica de substituição da troca do saco/ placa de ostomia, da higiene da ostomia e pele periestomal e da técnica de irrigação intestinal.

O último domínio da competência de autocuidado avaliado é a negociação e utilização de recursos de saúde, cujos indicadores se traduzem pela intenção ou demonstração da pessoa ostomizada em negociar e utilizar os recursos disponíveis para o cuidado à ostomia. Os critérios definidores destes indicadores sugerem avaliar se a pessoa pretende negociar ou se negocia adequadamente com os serviços e recursos disponíveis na comunidade. Neste domínio pretende-se aferir se a pessoa demonstra competências de negociação face a questões como a aquisição de material, aconselhamento perante dúvidas ou complicações e avaliação dos cuidados prestados pelos serviços de saúde.

O processo de operacionalização dos conceitos/ variáveis passa, segundo Fortin (2009) pela escolha ou elaboração de instrumentos de medida. No caso do nosso estudo, para medir os indicadores dos domínios supramencionados, optámos por utilizar uma escala de avaliação ordinal, cujas categorias descriminam o nível de competência que a pessoa possui no autocuidado da ostomia. Neste sentido, os indicadores são passíveis de serem avaliados segundo uma escala de avaliação, com as opções de resposta: demonstra totalmente, demonstra parcialmente e não demonstra.

O preenchimento do instrumento descrito pressupõe que o inquiridor (enfermeiro) avalie (questionando e/ ou observando) a pessoa ostomizada sobre os indicadores relativos a cada domínio da competência de autocuidado. A avaliação do desempenho da pessoa ostomizada deve traduzir-se pela seleção de uma das hipóteses de resposta acima mencionadas. A pessoa ostomizada demonstra totalmente um dado indicador quando cumpre todos os critérios definidores desse mesmo indicador. A pessoa demonstra parcialmente uma competência quando não cumpre todos os critérios, mas cumpre pelo menos um. A seleção da opção não demonstra é feita quando não cumpre qualquer um dos critérios definidores do indicador em causa. No mesmo instrumento existe ainda a opção - não se aplica, que deve ser assinalada quando não é possível avaliar o indicador do domínio da competência, quer porque este não pode ser atribuído ao caso particular do ostomizado, quer porque não existem dados suficientes para a sua avaliação.

O instrumento em questão, além de apresentar a escala, explorada anteriormente, integra também uma primeira parte, composta por questões capazes de recolher informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico e clínico. Surgem assim variáveis de atributo que permitem a recolha de dados como o género, idade, estado civil, habilitações literárias, atividade profissional e presença de um prestador de cuidados informal associado. Este tipo de variáveis de atributo é importante, não só para a caracterização da amostra, como para o levantamento futuro de algumas hipóteses na investigação. No seguimento das variáveis de atributo surgem as variáveis clínicas que permitem colher dados como o diagnóstico clínico associado à cirurgia e o tipo de ostomia de eliminação intestinal. Por fim, as variáveis de tratamento são definidas para conhecer o tipo de história relativa à marcação prévia do local da ostomia, realização de consulta de enfermagem pré-operatória e contacto prévio com pessoas ostomizadas.

Após a exposição do conteúdo do instrumento de avaliação, é importante referir que este foi elaborado no sentido de ser aplicado, enquanto formulário, pelo investigador ou enfermeiro(a) responsável pelos cuidados à pessoa ostomizada. Esta opção garante maior taxa de resposta, permitindo uma melhor avaliação da resposta dada, aumentando a validade da informação. A presença do inquiridor, permite trabalhar com questões mais complexas, na medida em que se pode explicar ao participante o que ele não entende. É

possível também, com a aplicação do formulário, além de recolher os dados das questões já estruturadas, obter outras informações através da observação ou discurso da pessoa, que podem ser importantes para futuras inferências ou interpretações.

Além da construção do instrumento ilustrado, também elaborámos um manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de uniformizar metodologias de formulação das questões e evitar o enviesamento dos dados. Este documento é essencialmente um instrumento de consulta no contexto da aplicação do formulário, para esclarecer alguma dúvida, nomeadamente quando utilizado pelo(a) enfermeiro(a) que não o investigador. Neste manual de preenchimento estão primeiramente as definições das variáveis sociodemográficas e clínicas, com as indicações de seleção. Numa segunda parte são definidos os domínios da competência de autocuidado e respetivos indicadores, correspondendo a cada um as características definidoras. Estas são o fundamento teórico para a seleção das opções na escala de avaliação, já descrita anteriormente.

Na sequência da construção do instrumento em questão, seguiu-se a apreciação do mesmo junto de um grupo de peritos, no sentido de avaliar a sua validade de conteúdo. *“Uma vez elaborado o esboço do instrumento, o próximo passo é submetê-lo a uma revisão crítica que poderá ser conduzida por pares, mentores ou peritos no assunto”* (Hulley et al., 2008, p.267).

Um instrumento é válido se ele mede o que é suposto medir e, segundo Fortin (2009), a validade de conteúdo reporta-se ao carácter representativo dos enunciados utilizados num instrumento para medir o conceito ou o domínio em estudo. Quando um investigador elabora um instrumento, a sua principal preocupação é assegurar-se de que os enunciados que ele contém são representativos do domínio que o investigador quer medir. Assim, a validade de conteúdo está diretamente ligada à definição teórica do conceito, à definição precisa do objeto de estudo e à determinação dos indicadores que servem para avaliar os comportamentos a observar (Ribeiro, 1999 e Fortin, 2009).

Relativamente ao processo de seleção do grupo de peritos, reunimos cinco elementos *experts* na área do autocuidado e das ostomias, sendo segundo Lynn (1986) recomendável pedir ajuda a pelo menos cinco peritos, podendo no entanto possível obter dados satisfatórios com três peritos (cit. por Fortin, 2009).

Os peritos devem ter uma competência na elaboração de instrumentos ou ter um conhecimento da disciplina a que diz respeito (Burns e Grove, 2001, cit. por Fortin, 2009). Neste sentido, do grupo de peritos selecionado constavam três enfermeiras estomaterapeutas, uma mestre na área das ostomias e uma mestre na área do autocuidado.

Esta seleção de peritos foi feita no sentido de permitir o contributo diversificado dos intervenientes para a validação dos conteúdos inerentes à competência de autocuidado à ostomia. No sentido de preparar esta reunião, foi enviado antecipadamente um instrumento a cada um dos peritos, permitindo um conhecimento prévio do seu conteúdo, pois como defende Fortin (2009), os peritos devem estar familiarizados com um ou outro aspeto da investigação.

A metodologia utilizada na reunião foi o método expositivo, onde foi apresentado

inicialmente o instrumento, proporcionando a discussão dentro do grupo de peritos acerca de cada indicador relativo aos diferentes domínios da competência de autocuidado à ostomia. A discussão centrou-se na avaliação de cada indicador no sentido de verificar se este era pertinente, se media aquilo que era suposto medir e se era representativo do domínio em avaliação.

O grupo de peritos concluiu que todos os indicadores eram pertinentes e adequados aos domínios em avaliação. Após esta fase, submeteu-se o instrumento a uma análise sobre a sintaxe utilizada, não tendo sido apontada qualquer retificação por parte de um professor de português.

Após as fases descritas anteriormente, chegou-se à versão final do instrumento, a qual serviu de modelo para a realização do pré-teste. Ghiglione e Matalon (2005) explicam que qualquer instrumento construído deve ser submetido a um pré-teste junto de uma pequena amostra da população a inquirir, cerca de uma dezena.

Como forma de testar o instrumento no contexto dos três cortes em estudo, aplicamos o pré-teste a cinco pessoas no período pré-operatório, a cinco pessoas no momento da alta clínica e a cinco pessoas na comunidade, perfazendo um total de quinze pessoas. O pré-teste tem como objetivo aferir o instrumento, corrigindo-se eventuais dúvidas de interpretação colocadas pelos sujeitos (Ribeiro, 1999; Hulley et al., 2008; Freixo, 2011). Permite ainda garantir, de acordo com Ghiglione e Matalon (2005), que o instrumento seja de facto aplicável e responda efetivamente aos problemas colocados pelo investigador.

Da aplicação do pré-teste, não surgiu a necessidade de qualquer alteração ao conteúdo, pelo que concluímos ser perceptível e adequado à amostra em questão, e portanto, à população em estudo.

Resultados

No sentido de dar resposta a uma das questões de investigação do estudo a que se reporta este artigo (*Como avaliar o desenvolvimento da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal?*), foi elaborado um instrumento de medida no domínio em estudo. Foi elaborado um formulário, no qual se integrou numa primeira parte as questões para a recolha de informação passível de caracterizar a pessoa sob o ponto de vista sociodemográfico. Numa segunda parte é apresentada uma escala do tipo de *likert* de três pontos, que permite avaliar o participante sob o ponto de vista da sua competência de autocuidado nos níveis: “1- demonstra totalmente”, “2- demonstra parcialmente” e “3- não demonstra”.

A natureza multidimensional da competência de autocuidado à ostomia determinou que identificássemos seis domínios (conhecimento, a auto-vigilância, a interpretação, a tomada de decisão, a execução e a negociação e utilização dos recursos de saúde), fazendo corresponder indicadores a cada um. Além da construção do instrumento, também elaborámos um manual do seu preenchimento, de forma a esclarecer e definir critérios de preenchimento, com o objetivo de uniformizar metodologias de formulação das questões e evitar o enviesamento dos dados.

Discussão

No que respeita ao processo de aplicação do instrumento, tanto por parte dos investigadores como pela opinião das equipas de enfermagem envolvidas no estudo, o instrumento em causa é de fácil compreensão e aplicação e é pertinente face à necessidade de sistematização da avaliação deste tipo de competências.

Uma avaliação dos resultados deste estudo, segundo uma visão clínica, leva-nos a considerar o quanto é importante a existência de uma ferramenta deste género, que permita a avaliação progressiva da pessoa ostomizada ao longo do seu processo de aprendizagem. Ao assumirmos este instrumento com aplicabilidade prática a cada indivíduo, torna-se evidente a importância da sua utilização, ao permitir uma avaliação individualizada da pessoa ostomizada.

A sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem, em função das necessidades educativas individuais. Esta metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação da pessoa ostomizada, com ganhos para a sua qualidade de vida. Face à escassez de instrumentos de avaliação, é premente investir na construção e validação destas ferramentas.

Conclusão

O instrumento de avaliação construído pretende-se que seja um contributo para a avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal ao longo do seu processo de transição saúde/ doença. Este instrumento de avaliação, a utilizar pelos enfermeiros, deverá ser aplicado desde a fase pré-operatória, durante o internamento hospitalar até um qualquer momento de contacto com a pessoa na comunidade.

A sistematização da avaliação da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal contribui para a definição rigorosa do diagnóstico e das intervenções de enfermagem em função das necessidades educativas individuais. Esta metodologia favorece a continuidade dos cuidados, evitando perda de informação relativa ao processo de adaptação da pessoa ostomizada, com ganhos para a sua qualidade de vida.

A evolução dos sistemas de informação e documentação em saúde, paralelamente ao desenvolvimento deste tipo de metodologia de recolha de dados, trará certamente contributos para o resumo mínimo de dados nesta área, essencial para futuras investigações. Neste sentido, consideramos que seria importante o desenvolvimento de trabalhos de investigação na área da monitorização da competência de autocuidado da pessoa com ostomia de eliminação intestinal, nomeadamente com a validação do instrumento em causa no referido estudo.

Referências Bibliográficas

- ALBUQUERQUE, Maria [et al.] (2009) - O domínio de Si – A experiência vivida nas palavras de uma ostomizada. **Referência**. Série II, nº 9, p. 27-33.
- BORWELL, Barbara (2009) - Continuity of care for the stoma patient: psychological considerations. **British Journal of Community Nursing**. Vol. 14, nº 8, p. 326-331.
- COLTON, Beverley [et al.] (2005) - Global stoma care challenges: A united approach. **WCET Journal** [Em linha]. Vol. 25, nº 4, p. 15-21 [Consult. 12 Ab. 2011]. Disponível em WWW:URL:<[http://www.dansac.com/files/Miscellaneous/Nurses_Forum/Ostomy%20Fo](http://www.dansac.com/files/Miscellaneous/Nurses_Forum/Ostomy%20Forum/Ostomy%20Forum%20article%20January%202005.pdf)
[rum/Ostomy%20Forum%20article%20January%202005.pdf](http://www.dansac.com/files/Miscellaneous/Nurses_Forum/Ostomy%20Forum/Ostomy%20Forum%20article%20January%202005.pdf).
- FLEURY, Maria Tereza Leme; FLEURY, Afonso (2001) – Construindo o conceito de competência. **RAC**. p. 183-196;
- FORTIN, Marie-Fabienne (2009) – **Fundamentos e etapas do processo de investigação**. Loures: Lusodidacta. ISBN 978-989-8075-18-5.
- FREIXO, Manuel João Vaz (2011) – **Metodologia Científica, Fundamentos, Métodos e Técnicas**. 3ªed. Lisboa: Instituto Piaget. ISBN 978-989-659-077-2.
- GHIGLIONE, Rodolphe; MATALON, Benjamin (2005) – **O Inquérito, Teoria e Prática**. 4ªed. Oeiras: Celta Editora. ISBN 972-774-120-7.
- HULLEY, Stephen B. [et al.] (2008) – **Delineando a Pesquisa Clínica, Uma abordagem epidemiológica**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed. ISBN 978-85-363-1361-0.
- JOHNSON, M.; MAAS, M.; MOORHEAD, S. (2000) - **-Nursing Outcomes Classification – NOC**. 2ª Ed. St. Louis : Mosby.
- MCEWEN, Melanie; WILLS, Evelyn M. (2009) – **Bases Teóricas para a Enfermagem**. 2ªed. São Paulo: Artmed Editora. ISBN 978-85-363-1788-5.
- MELEIS, Afaf Ibrahim [et al.] (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. **Advances in Nursing Sciences**. Vol. 23, nº 1, p. 12-28.
- METCALF, Chris (1999) – Stoma Care: empowering patients through teaching practical skills. **British Journal of Nursing**. Vol.8, nº 9, p. 593-600;
- O’CONNOR, Gloria (2005) – Teaching stoma-management skills: the importance of self-care. **British Journal of Nursing**. Vol. 14, nº 6, p. 320-324.
- RIBEIRO, José Luís Pais (1999) - **Investigação e avaliação em psicologia e saúde**. Lisboa:

Climepsi Editores;

- RNAO, Registered Nurses' Association of Ontario. (2009) - **Ostomy Care and Management**. Toronto, Canada : Registered Nurses' Association of Ontario.
- SCHUMACHER, Karen L. [et al.] (2000) - Family Caregiving Skill: Development of the Concept. **Research in Nursing & Health**. Vol. 23, nº 3, p.191-203.

